81.

22500450801

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARBE, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), BROCA, CAMPENON, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, MATHIAS DUVAL, FAUCONNIER, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, GUINON, HACHE, HANOT, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, DE LAPERSONNE, LEFLAIVE, LELOIR, H. LEROUX, LION, LUBET-BARBON, LUC, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RETTERER, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, SIREDEY, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, TISSIER, WALTHER, WINTER.

DIX-NEUVIÈME ANNÉE

TOME XXXVII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1891

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXVII

ANATOMIE.

Traités, *Tillaux*, *Arloing*, 1. — Cerveau, *Edinger*, 2 ; *Rabl-Ruckardt*, 3. — Centres nerveux, *Edinger ;* nerf acoustique, *His*, 3. — Pneumogastrique, *Taguchi ;* nerf optique, *Pfister*, 4. — Nerfs de l'estomac, *Capparelli ;* nerfs des muscles, *Dogiel*, 5. — Aorte abdominale, *Hochstetter*, 6. — Artère maxillaire, *Delitzin*, 7. — Cellules des capillaires, *Flemming ;* circulation veineuse, *Phisalix ;* noyau des leucocytes, *Mayet*, 8. — Sang, *Ouskow ;* corde dorsale, *Kollmann*, 9. — Spécificité cellulaire, *Bard*, *Hillemand*, 10. — Canaux semi-circulaires, *Krause*, 11. — Oreille, *His ;* rétine, *Schaffer*, 12.— Trachée et bronches, *Baraban ;* fibres épidermiques, *Eddowes*, 13. — Rate, *Maurer ;* œuf, *Keibel*, 15. — Canal vagino-péritonéal, *Bramann ;* organe de Giraldès, *Czerny*, 16. — Système génital, *Janosik*, 17. — Spermatozoïdes, *Ballowitz*, 18. — Apophyse épitrochléenne, *Testut ;* squelette de Chancelade, *Testut*, 21.

PHYSIOLOGIE.

Centres corticaux, *Munk*, *Mott*, *Schaefer*, 22. — Lésion du corps strié, *White ;* centre laryngé, *Krause ;* ganglion sympathique, *White*, 25. — Ganglion cervical, *Langley*, *Dickinson ;* nerf sympathique, *Arloing ;* nerfs de la parotide, *Mossu*, 26. — Nerfs récurrents, *Livon* ; graisse du sang, *Röhmann*, *Mühsam*, 27. — Albuminoïdes du sang, *Schenck ;* pression du cou, *Cantu ;* ondes du pouls, *Hürthle ;* pression sanguine, *Konow*, *Stenbeck*, 28. — Poids spécifique du sang, *Hunter*, *Walker ;* pouls des extrémités, *Franck ;* contraction du cœur, *Waller*, 30. — Vaso-moteurs, *Lewall*, *Sandford ;* respiration, *Head*, *Bradford*, *Dean*, 31 ; *Ruggero*, *Engström*, 32 ; *Richet*, 33.— Muscles des bronches, *Sandmann ;* calorimétrie, *Sigalas*, 33. — Épithélium vibratile, *Kraft ;* physiologie des muscles, *Bonhöffer*, 34 ; *Wörtz*, *Fürst*, *Biedermann*, 35 ; *Bobieranski*, *Argutinski*, *Bleibtrev*, 36. — Glycogène des muscles, *Külz*, *Hergenkahn ;* pulsation œsophagienne, *Sarolea*, 37. — Chyle, *Paton ;* action des albuminoïdes sur le rein, *Prior ;* mouvements de l'estomac, *Rossbach*, 38.

CHIMIE MÉDICALE.

Urine pneumonique, *Pavesi*, 39. — Urine goutteuse, *Feliziani*, 40. — Urine palustre, *Lemoine ;* urine dans l'anesthésie, *Kast*, *Weir ;* bile dans l'urine, *Jolles*, 41. — Urine après ligature intestinale, *Slosse ;* uricacidémie, *Jaksch*, 42. — Hypoazoturie, *Hartmann*, *Grundelach*, 43. — Nutrition dans la fièvre, *Pipping ;* acétone dans la sueur, *Devoto ;* ferment de la fibrine, *Halliburton*, 44. — Réaction de l'albumine, *Jolles*, 45. — Peptonisation de la viande, *Popoff ;* adénine, *Bruhus*, 46. — Sperme, *Posner ;* lanoline de la peau, *Liebreich ;* mercure dans les vers intestinaux, *Vœlckers*, 47. — Mélanose, *Brandl*, *Pfeiffer*, 48.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Parasites du sang, *Kruse*, 48. — Thrombose et coagulation, *Löwit*, 49. — Anévrismes, *Manchot ;* sang leucémique, *Roux*, 50. — Endocardite tuberculeuse, *Tripier ;* infarctus du placenta, *Favre*, 51. — Embolies, *Bonome ;* anévrismes tuberculeux, *Ménétrier ;* névrome, *Lacroix*, *Bonnaud ;* lésions intestinales typhiques, *Marchand*, 52. — Ruptures du foie, *Hess*,

58. — Rupture de l'estomac, *Aberg;* hygromas, *Schuchardt;* lésions de la rage, *Popoff*, 54. — Exostoses, *Pic;* fistules branchiales, *Kostanecki*, *Mielecki*, 55. — Intermaxillaire, *Lannelongue*, 56. — Variétés costales, *Tenchini;* hexadactylie, *Staurenghi*, 57.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ablation de la thyroïde, *Ughetti*, *Rogowitsch;* goitre exophtalmique, *Bienfait*, 58. — Divulsion du pylore, *Pernice;* extirpation du plexus cœliaque, *Peiper;* dégénérescence nerveuse, *Oddi*, *Rossi*, 59. — Inflammation, *Massart*, *Bordet;* suppuration, *Eichel*, 60. — Fièvre, *Kraus;* immunité, *Hafkine*, 61. — Action du suc gastrique sur les microbes, *Straus*, *Wurtz;* action bactéricide du lait, *Fokker*, 62. — Chimiotaxie des leucocytes, *Gatritchewsky;* phagocytose, *Danilewski;* parasites du sang, *Gabritchewsky*, 63. — Action pyogène des bactéries, *Buchner*, 64. — Influence des cultures et résistance des bactéries, *Buchner;* action du sang sur les microbes, *Stern*, 65. — Inflammation, *Ruffer;* coccidies, *Podwyzsozki*, 66. — Milieu nutritif, *Kühne;* tuberculose, *Dobroklouski*, *Maffucci*, 67; *Zagari*, 68. — Pneumonie, *Tchistovitch*, *Bozzolo*, 69. — Fièvre typhoïde, *Arnstamoff*, *Karlinski*, *Loriga*, *Pensuti*, 70. — Angine scarlatineuse, *Wurtz*, *Bourges;* diphtérie, *Escherich*, *Roux*, *Yersin*, 71; *Spronck*, 74. — Charbon, *Metchnikoff*, *Malm*, 74; *Latis*, 75; *Buchner*, *Martinotti*, *Barbacci*, 76. — Tétanos, *Dor*, *Kitt*, *Schwarz*, 77. — Cancer, *Sjöbring;* ostéomyélite, *Courmont*, *Jaboulay*, *Lannelongue*, *Achard*, 78.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Antiseptiques, *Tarnier*, *Vignal*, *Viquerat;* acide camphorique, *Hartleib*, 80. — Acide sulfureux, *Thoinot;* acide cyanhydrique, *Gréhant;* sucre de lait, *Dastre*, 81. — Phloridizine, *Külz*, *Wright*, 82. — Pyridine, *Heinz;* salol, *Papuli*, 83; *Hesselbach*, 84. — Calomel, *Haig;* exalgine, *Pope*, 84. — Hydrastine, *Marfori;* colchique, *Jacobj;* 85. — Curare, *Tillie;* ulexine, *Kobert*, 86. — Oréxine, *Martins;* catha edulis, *Leloup;* ferments, *Hildebrandt*, 87. — Empoisonnements par les moules, *Macweeney*, *Cameron;* par l'huile de cèdre, *Ellyson*, 88.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la tuberculose, *Koch*, *Fraentzel*, *Kunkwitz*, *Levy*, *Köhler*, *Westphal*, 89; *Sehrwald*, 93; *Riva*, *Dor*, 94. — Empyème, *Bucquoy*, 94. — Injection d'hémoglobine, *Stadelmann*, *Gorodecki;* couleurs d'aniline, *Stilling*, *Jaenicke*, *Bresgen*, *Braunschweig*, *Fessler*, *Liebreich*, *Rœloffz*, *Ehrlich*, *Lippmann*, *Carl*, *Leflaive*, 95; *Combemale*, *François*, *Petersen*, *Vaquez*, *Sée*, *Moran*, *Nogues*, *Patrzek*, *Kollerer*, *Scheffels*, 96. — Aristol, *Eichhoff*, *Schuster*, *Swieciki*, *Seifert*, *Hughes*, *Brocq*, *Schirren*, *Neisser*, *Fournioux*, *Séguier*, *Bœlen*, *Rohrer*, *Vinay*, *Pissi*, *Boymond*, 102. — Salol dans les cystites, *Dreyfous*, 103. — Injections dans le cancer, *Poucel;* énergie musculaire par les médicaments, *Dreser;* sulfonal, *Clerval*, *Esson*, *Maerle*, 104. — Gastralgie, *Huchard*, *Ferranini*, 105. — Dyspepsie, *Sée*, 106. — Oréxine, *Beckh;* dysenterie, *Le Dantec;* caféine, *Huchard*, 107; *Reichert*, 108. — Coqueluche, *Lœwenthal*, 108. — Thalline, *Smidt*, *Ruetimeyer;* suspension dans le tabes, *Rosenbaum*, *Lumbroso*, *Altichieri*, *Bonuzzi*, 109; *Gilles de la Tourette*, 110.

HYGIÈNE

Manuel, *Guiraud;* office vaccinogène belge, vaccin de chèvre, *Hervieux*, *Bertin*, *Picq*, 113. — Prophylaxie de la tuberculose, *Villemin*, *Daremberg*, 114. — Infectiosité de la viande fumée de vaches tuberculeuses, *Forster*, 115. — Déformation des passementiers, *Fleury*, *Reynaud;* saturnisme, *Girardin*, *Besançon;* paralysie des fondeurs de cuivre, *Gee*, 116. — Ateliers de cambrurerie, *Belval;* eczémas professionnels, *Blasckko*, 117, 118. — Ictère infectieux, *Ducamp;* eau bouillie, *Guinard;* vente des moules, *Netter*, 118. — Abattoirs, *de Blasi;* prostitution, *Commenge*, 119.

Société Médicale Bibliothèque Association

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons, *Lancereaux*, 120; *Rendu*, 121.— Phtisie, *de Renzi*, 123. — Névrites, *Wallace*, *Dubreuilh*, *Oppenheim*, 123. — Hystérie, *Debove*, *Schlesinger*, *Dana*, *Adamkiewicz*, *Ballet*, *Gilles*, *Huet*, *Guinon*, *Le Joubioux*, *Huchard*, *Ladame*, 124. — Chorée, *Cariglia*, *Biernacki*, *Cirincione*, *Mirto*, 129 — Tics, *Grasset*; bégaiement, *Ballet*, *Tissier*, 130. — Amyotrophies, *Guinon*, *Parmentier*, *Raymond*, 131. — Paramyoclonus, *Lemoine*, *Lemaire*, *Stewart*, *Dreschfeld*, *Gampietro*, 133. — Ostéopathie pneumonique, *Gouraud*, *Marie*, *Spillmann*, *Haushalter*, 134. — Myopathie, *Erb*, 136. — Maladies du cœur, *Marino*, *Viti*, *Barbacci*, *Geigel*, *Smith*, *Mackness*, *Struempell*, 136; *Mathieu*, *Huguenin*, 137; *Grasset*, 140. — Thrombose, *Vaquez*, 141. — Maladies des voies respiratoires, *Banti*, *Dublacq*, *Ménétrier*, *Pernice*, *Alessi*, *Lucatello*, *Mosny*, 141; *Vignalou*, *Letulle*, 144. — Maladies de l'estomac, *Kernig*, *Donkin*, *Biach*, *Hamilton*, *Georges*, *Noorden*, *Marfan*, *Sansoni*, *Rémond*, 145. — Maladies du foie, *Harley*, *Romberg*, *Bertrand*, *Zehnder*, *Laveran*, 148; *Netter*, *Juhel-Rénoy*, 149; *Hanot*, *Gilbert*, *Luzet*, *Clarke*, *Willemin*, 150; *Semmola*, *Bassi*, *Hansemann*, *Eichhorst*, *Martini*, 151. — Anémie, *Knott*, *Hunter*, *Rindfleisch*, 154.— Septicémie, *Grosso*, 156. — Maladies du rein, *Caussade*, *Bouveret*, *Massalongo*, 156; *Semmola*, 157. — Diabète, *Glénard*, *Féréol*, *Saundby*, *Pisenti*, *Acri*, *Rémond*, *Charcot*, *Bruns*, *Loisnel*, *West*, 159; *Schmitz*, *Mosler*, *Goodhart*, *Warren*, 160. — Impaludisme, *Rauzier*; diphtérie, *Delthil*, 164.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Traité, *Pozzi*, 165. — Cœur et maladies utérines, *Roussel*, *Warchavskaia*, 167. — Métrites, *Couturier*, *Déjardin*, *Bellencontre*, *Vinaver*, *Decressac*, *Claa*, *Doléris*, *Polaillon*, 168; *Saintu*, 169; *Thibault*, 170. — Hystéropexie, *Debrunner*, 170. — Hystérectomie, *Ott*, 171. — Drainage du péritoine, *Delbet*, 172. — Kystes de l'ovaire, *Audry*; affaiblissement du plancher pelvien, *Lostalot-Bacchoué*, 173. — Gyrome de l'ovaire, *Jones*, 174. — Ovariotomies, *Omori*; *Ikeda*, *Pozzi*, 175; *Werner*; occlusion intestinale après laparotomie, *Collas*, 176. — Myomes, *Tait*, *Beverley*, *Fowler*, 177.— Cystopexie, *Tuffier*; sang dans la grossesse, *Dubner*, 178. — Grossesse après l'opération d'Alexander; exfoliation de la vessie, *Haultain*, 179. — Prolapsus utérin, *Faivre*; délivrance, *Murray*; dystocie, *Coudère*, 180; *Jentzer*, 181. — Sacrum de six vertèbres, *Trachet*; accouchement provoqué, *Treub*, 181. — Version, *Schrader*, 182; *Laskine*, *Muret*, 183. — Rupture de l'utérus, *Guéniot*, 183; *Hart*, *Lusk*, 184. — Inertie utérine, *Cane*; grossesse extra-utérine, *Herman*, *Frommel*, *Wathen*, *Hamilton*, 185.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traité, *Brocq*, 186. — Exanthèmes vaccinaux, *Morris*; érythème, *Elliot*, 187. — Exanthème quinique, *Rosenbusch*; dermatite, *Haushalter*, 188. — Taches de pédiculi, *Payne*; urticaire, *Doutrelepont*; ichthyose, *Peterson*, *Philippson*, 189. — Sécrétion sébacée, *Philippson*; parakératose, *Unna*, *Santi*, *Pollitzer*, 190. — Colloïde-milium, *Philippson*, 191. — Verrues, *Pollitzer*; sarcome, *Hardaway*; xanthome, *Hardaway*; pigmentation, *Caspary*, 192. — Lymphangiome, *Noyes*, *Török*, *Schmitz*, 193. — Myome, *Jadassohn*; herpès, *Weis*, *Kaposi*, 194. — Gangrène cutanée, *Doutrelepont*; lupus, *Jadassohn*, *Halm*, 195. — Psoriasis, *Kromayer*; maladie des lèvres. *Unna*, 196. — Alopécie, *Askanazy*; lèpre, *Gianturco*, *Morrow*, *Ashmead*, 197; *Fox*, 198. — Teignes, *Vaillard*, *Vincent*, 198; *Mibelli*, *Bertarelli*, 199; *Juhel-Renoy*, *Lion*, *Behrend*, *Schwengers*; huile de baleine, *Guldberg*, 200. — Menthol en dermatologie, *Dubreuilh*, *Archambault*; syphilis infectieuse, *Finger*, 201. — Chancres extra-génitaux, *Broich*; chancres du vagin, *Büchler*; éruptions précoces, *Taylor*, 202. — Gomme thoracique, *de Amicis*; gommes, *Marfan*, *Toupet*, 203. — Eczéma syphilitique, *Cutler*; arthrite syphilitique, *Büchler*; syphilis tardive, *Miceli*, 204. — Injections d'hydrar gyre *Cramer*, 204; *Sirski*, *Cehak*, *Lindström*, *Cochery*, *Welander*, 205; *Lœwenthal*, 206. — Blennorragie, *Levi*, *Steinschneider*, 207; *Perrin*, 208.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Ostéomyélite, rectification, *Thelen ;* autoplastie, *Gluck*, 208 ; *Tripier*, 209 ; greffes, *Djatschinto*, *Miller*, 210 ; *Miles*, 211. — Lésions du crâne et du cerveau, *Keen, Frank, Church, Leishman, Lawson, Phelps, Bremer, Carson, Reeve*, 211 ; *Oppenheim, Kœhler, Kroenlein, Graham, Clubbe*, 217 ; *Wyman, Kœnig*, 218. — Commotion médullaire, *Schmaus*, 219. — Spina bifida, *Cockbury ;* goître, *Iemoli ;* exophtalmos, *Le Fort*, 220. — Abcès du poumon, *Litten, Selby, Symonds, Gee, Denison*, 221. — Pneumothorax, *Witzel ;* enchondrome sternal, *Dudon*, 222. — Lésions des os et des articulations, *Riedel, Mackie*, 223 ; *Parona, Bardenheuer*, 224. — Myosite, *Busch ;* fractures, *Phelps, Championnière*, 225. — Luxations, *Broca, Hartmann*, 226 ; *Vergely, Piggott*, 227 ; *Miller, Steele, Lorenz*, 228 ; *Stanciulescu*, 229. — Ankylose, *Phelps ;* amputations, *Baracz, Koehler, Salzwedel, Marlier*, 230 ; *Kranzfeld*, 231. — Exostoses, *Bessel-Hagen*, 232. — Térorraphie, *Schwartz, Périer*, 233. — Cancer du sein, *Schuoler, Rieffel*, 234. — Greffe thyroïdienne, *Lannelongue, Bettencour, Serrano, Merklen, Walther*, 235. — Affections intestino-abdominales, *Abbe, Miller, Chassevent, Harris, Degeon, Bœckel, Le Dentu*, 236 ; *Bridge, Dennis, Hoffmann, Roux, Murray, Lauenstein*, 237 ; *Senn*, 239 ; *Mac Graw, Barrow, Senn*, 240 ; *Hedrich, Ullmann, May, Comte*, 242 ; *Gangolphe*, 244 ; *Pirman*, 245 ; *Kliegt, Hedrich*, 246. — Lésions du foie, *Godlee, Kocher, Galliard*, 247. — Déchirure de la rate, *Lande*, 248. — Kystes du pancréas, *Chew, Cathcart, Karewski, Marchand*, 249 ; *Trèves*, 250 ; maladies de l'appareil urinaire, *Guyon, Linder, Wishart, Schede, Kuester, Martin, Ruge, Kuemmel*, 251 ; *Kuemmel*, 254 ; *Segond, Lacaze-Duthiers, Vincent, Poncet*, 255 ; *Thomas*, 256 ; *Jones, Legrand, Dietz, Kahr*, 257 ; *Delefosse, Wolff, Fowler, Polaillon*, 258 ; *Kirmisson, Braquehaye*, 259 ; *Haegler*, 260 ; *Chaboux, Monat, Feleki*, 261 ; *Ulmann, Vignard*, 262. — Orchite, *Chiari ;* hydrocèle, *Scarenzio*, 263. — Hémorroïdes, *Pillher, Rafin ;* varices, *Phelps, Montaz*, 264. — Panaris, *Dubreuil, Mignon*, 265. — Onyxis, *Anger ;* fibrome des doigts, *Labougle, Cassaet*, 266. — Gangrène, *Prengrueber ;* kystes, *Landerer ;* sarcome lingual, *Mercier*, 267. — Kystes de la bouche, *Robinson ;* grippe, *Verneuil*, 268.

OPHTALMOLOGIE.

Acuité visuelle, *Uhthoff ;* dacryocystite, *Scheffels*, 269. — Restauration des paupières, *Tripier ;* distichiasis, *Landolt*, 270. — Strabisme, *Parinaud*, 270 ; *Stevens, de Paula, Landolt, Valude, Vialet*, 271 ; *Weiss*, 272 ; *Grut, de Schweinitz*, 273. — Conjonctivite, *Sans, Shöbl ;* ophtalmie purulente, *Andrews*, 274. — Trachome, *Reisinger ;* staphylome cornéen, *Valude*, 275. — Lésions oculaires, *Schirmer ;* tuberculose de l'iris, *Terson ;* plaie de l'iris, *Schirmer*, 276. — Ophtalmoplégie, *Bouveret, Curtillet ;* cécité corticale, *Förster*, 277. — Paralysies oculaires, *Chevallereau, Wissering, Feilchenfeld*, 278 ; *Dumas, Charcot*, 279 ; *Groenouw, Nieden*, 280. — Fatigue de la rétine, *Hess ;* hémorragies rétiniennes, *Chailloux*, 281. — Lésions de l'artériosclérose, *Kœnig ;* œil et syringomyélie, *Déjerine ;* ophtalmie sympathique, *Abadie, Gayet*, 282. — Œil et paludisme, *Sulzer, de Schweinitz, Macnamara*, 283. — Résection du nerf optique, *Scheffels*, 284. — Glaucome, *Birnbacher ;* Cataracte, *Bull*, 285 ; *Knapp*, 286. — Malformations de l'œil, *Hess*, 286. — Conjonctivite par les chenilles, *Wagenmann ;* cysticerque, *Vossius, Dolina*, 287. — Greffe palpébrale, *Franke*, 288.

REVUE GÉNÉRALE.

Le chimisme stomacal, *Tissier*, 289.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 303.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXVII

ANATOMIE.

Traité, *Prenant*, 401. — Dure-mère, *Trolard*, 402. — Cerveau, *Trolard*, 403. — Cervelet, *Kœlliker*, 404. — Moelle, *Ramon y Cajal*, 405; *Kœlliker*, 406. — Eléments nerveux, *His*, 407. — Corpuscules neuro-musculaires, *Pilliet*; placenta, *Duval*, 409. — Artères des nerfs, *Quénu*, *Lejars*, 410. — Organe du goût, *Tuckerman*; oreilles, *Schwalbe*, 411. — Cornée, *Nuel*, *Cornil*; poumons, *Robinson*, 412. — Thymus, *Waldeyer*; foie, *Czerny*, 413. — Lymphatiques du foie, *Disse*, 414. — Glandes de sécrétion, *Gehuchten*, 415. — Rate, *Laguesse*, 416. — Muqueuse olfactive, *Gehuchten*; utérus et vagin, *Nagel*, 417. — Articulations, *Hepturn*, 418.

PHYSIOLOGIE.

Fonctions du cerveau, *Beck*, *Marxow*, *Gotch*, *Horsley*, 419. — Respiration, *Lœwy*, *Mallèvre*, 420; *Hamburger*, *Bohr*, *Engström*, 421. — Hémoglobine, *Bohr*; respiration nasale, *Kaiser*, 422. — Larynx, *Pineles*, 422; *Hooper*, *Semon*, 423. — Air expiré, *Lehmann*, *Jessen*, 424. — Cœur et circulation, *Johannson*, *Tigerstedt*, 424; *Hamburger*, *Mink*, *Gaule*, 425; *Landgraf*, *Dogiel*, 426; *Hoorweg*, *Viault*, 427. — Nerfs et muscles, *Wedensky*, *Chauveau*, 428; *Schott*, *Lombard*, 429; *Sanderson*, *Krummacher*, 430. — Digestion, *Klug*, 430; *Munk*, *Popoff*, *Hirschfeld*, 432; *Fränkel*, *Ehrental*, 433. — Muscles de l'intestin, *Lüderitz*; physiologie des reins, *Schmidt*, 434.

CHIMIE MÉDICALE.

Composition du cerveau, *Novi*; coagulation du sang, *Gaglio*; sang oxycarboné, *Rubner*, 435. — Sucre du sang *Schenck*; alcalinité du sang, *Drouin*

Swiatecki, 436. — Chimie du muscle, *Blome*, 437. — Suc gastrique, *Jolles;* graisses, *Sigmund*, 438. — Ferment de l'urée, *Miquel;* sels de chaux dans l'urine, *Hoppe-Seyler;* substances réductrices de l'urine, *Luther*, 439. — Dosage du sucre, *Ost*, *Moritz*, 440. — Cystinurie, *Udransky*, *Baumann;* cholestérine, *Obermüller*, 441. — Leucémie, *Böhland*, *Schurz;* lécithine du foie, *Heffter;* recherche du mercure, *Boehm*, 442. — Résorption du fer, *Socin*, 443. — Cocaïne, *da Silva*, 444.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Traité, *Salomonsen;* influence du jeûne, *Canalis*, *Morpurgo*, 445. — Immunité, *Lubarsch;* infection, *Roger;* sécrétions microbiennes, *Charrin*, *Gley*, 446. — Action du suc gastrique sur les bactéries, *Hamburger*, *Kahrehl;* microbes de la bouche, *David*, 447. — Inflammation, *Buchner*, 448. — Fièvre, *Hammerschlag*, 449; *Mosso*, 450. — Pseudo-tuberculose, *Eppinger*, 450. — Tuberculose, *Tangl*, *Wyssokovicz*, *Maffucci*, 451; *Schottelius*, 452. — Diphtérie, *Babes*, *Puscariu*, *Tangl*, 452; *Behring*, 453. — Tétanos, *Bruenner*, *Faber*, 454; *Verhoogen*, *Baert*, *Verneuil*, *Peyraud*, 455; *Verneuil*, *Behring*, *Kitasato*, 456. — Vaccine, *Fischer*, *Eternod*, *Haccius*, 457; *Straus*, *Chambon*, *Ménard*, 458. — Fièvre typhoïde, *Karlinski*, *Holtz*, 458; *Cassedebat*, 459; *Stagnitta*, 460. Choléra, *Rosario*, *Roux*, 460. — Malaria, *Danilewsky*, *Rosin*, *Rosenbach*, 461. — Charbon, *Blagovetschensky;* erysipèle, *Fraenkel;* cancer, *Kubassof*, *Vincent*, *Russell*, 463. — Actinomycose, *Budjwid*, 464. — Bacille rouge, *Laurent*, 465.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Cocaïne, *Ehrlich*, 465; *Mosso*, 466; *Albertoni*, 467. — Caféine, *Frenkel*, 467; *Reichert*, 468. — Oréxine, *Schmitt;* strychnine, *Biernachi;* salipyrine, *Kollmann;* théobromine, *Gram*, 469. — Morphine, *Guinard;* protopine, *Engel;* peptonémie, *Boulengier*, *Denæyer*, *Devos*, 470. — Trional, *Barth*, *Rumpel;* lysol, *Gerlach*, 471. — Phénylurethane, *Sansoni;* chloralamide, *Langgard;* chloralantipyrine, *Soutakis*, *Zessarsky*, 472. — Iode, *Prevost Binet*, *Rosenbach*, *Pohl*, 474. — Eau oxygénée, *Finazzi;* électrolyse, *Stewart*, 475. — Venin du naja, *Ragotzi;* traité des poisons, *Hugounenq*, 476. — Saturnisme, *Combemale*, *François;* empoisonnements : par la roburite, *Roehl;* par l'iodoforme, *Barois*, 477; par le sublimé, *Hofmann;* par l'opium, *Cooke*, 478.

ASSOCIA

THÉRAPEUTIQUE.

Tuberculose, *Grancher*, *Martin*, 478; *Richet*, *Héricourt*, *Charrin*, *Bouchard*, 479; *Bertin*, *Picq*, *Lépine*, 480; *Solles*, *Gilbert*, 481. — Pneumonie, *Bartholow;* congestion pulmonaire, *Simpson*, 482. — Empyème, *Runeberg*, 482; *Fernet*, 483. — Acide camphorique, *Combemale*, *Dubiquet;* coqueluche, *Fischer;* massage, *Kappeler* 484. — Transfusion, *Marshall;* uralium, *Schmitt*, *Parisot;* fièvre typhoïde, *Stepp*, 485. — Diurétine, *Hoffmann;* salipyrine, *Guttmann;* cocaïne, *Harries*, 486. — Pyoctanine, *Garré*, *Troje*, *Keslee;* pichi, *Rusby*, 487.

HYGIÈNE.

Traité, *Palmberg*, 487. — Asepsie, *Vinay;* encyclopédie, *Rochard*, 488. — Comité d'hygiène, 490. — Ptomaines, *Cassedebat*, 493. — Ustensiles de cuisine, *Garnier*; lait de vache, *Bang;* maladie du lait, *Kimmel;* plomb dans l'eau de Seltz, *Moissan*, 495. — Goitre, *Lustig*, *Carle;* méningite, 496. — Hygyène scolaire, *Key*, 496; *Hippel*, 497. — Chaussures à talons, *Koranyi;* rhabilleurs de meules, *Moingeard;* vaccination, *Korosi*, 498.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons, *Grasset*, 499. — Maladies du système nerveux, *Adler*, *Moeli*, *Eisenlohr*, *Wiesmann*, *Christ*, *Lannois*, *Regnault*, *Féré*, *Knoblauch*, 500; *Burckhardt*, 504; *Balp*, *Boulay*, *Courtois-Suffit*, *Erdmann*, *Orlow*, 505; *Strumpell*, 506; *Francotte*, *Parmentier*, *Clarke*, *Brown*, 507; *Rossbach*, 508; *Blocq*, *Marinesco*, *Eisenlohr*, 509; *Borntraeger*, *Peyer*, 510; *Bouveret*, *Charcot*, 511; *Brissaud*, *Chantemesse*, *Ballet*, 512; *Charcot*, 513. — Maladies de l'appareil vasculaire, *Frey*, *Regnard*, 513; *Bamberger*, *Pepper*, *Griffith*, 514; *Ziemssen*, 515; *Giraudeau*, *Vimont*, 516; *Adenot*, 517. — Tuberculose, *Verneuil*, 517; *Meyer*, *Duflocq*, 520.— Cancer des bronches, *Ebstein*, 520. — Diphtérie, *Davidson*, *Rossigneux*, 521; *Lyonnet*, 522. — Maladies de l'appareil digestif, *Siredey*, *Marfan*, 522; *Letulle*, *Debove*, *Courtois-Suffit*, 523; *Hennig*, *Weill*, *Rendu*, 524; *Kartulis*, *Rosenstein*, 525. — Néphrites, *Mannaberg*, 525. — Oxalurie, *Neidert;* fièvre typhoïde, *Patella*, *Vaillard*, *Vincent*, *Létienne*, 526. — Paludisme, *Teissier*, *Lejonne*, *de Brun*, 527. — Grippe, *Alison*, *Gaucher*, *Ferrand*, *Antony*, *Kerley*, *Mesnard*, *Vogt*, *Krehl*, *Shattuck*, *Finkler*, *Ribbert*, *Lojanoco*, *Strange*, *Morselli*, *Colley*, *Aman*, *Barthélemy*, 528. — Fièvre jaune, *Bérenger-Féraud*, 532. — Maladie pyocyanique, *Œttinger*, 533.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Salpingite, *Terrillon*, 534; *Kummel*, *Landau*, 535. — Curetage, *Braun-Fernwald*, 535. — Drainage utérin, *Wylie;* flexions, *Talbot*, 536. — Cystocèle, *Byford*, *Mundé*, 537. — Résection du sacrum, *Jeannel*, 538. — Hémorragie de l'ovaire, *Doran;* kyste de l'ovaire, *Reverdin*, 539. — Castration, *Kepler*, 540. — Traitement des fibromes, *Cholmogoroff*, 540; *Marque*, *Jakubowska*, *Engelmann*, *Prochownick*, 541. — Hystérectomie, *Williams*, *Schauta*, *Pozzi*, *Olshausen*, *Flaischlen*, *Cleveland*, *Coe*, *Smith*, 542; *Tanner*, 544; *Wirbel*, 545. — Ostéomalacie puerpérale, *Fehling*, *Truzzi*, 545. — Anesthésie, *Franc;* toxémie cataméniale, *Henrot;* grossesse et goitre, *Haberlin*, 546. — Leucémie, *Cameron;* albuminurie, *Landi*, 547. — Eclampsie, *Herman;* accouchement prématuré, *Parvin*, *Calderini*, *Dohrn*, 548; *Ahlfeld*, 549. — Hernie utérine, *Sperglin;* procédence du cordon, *Jœsger*, 550. — Incision du col, *Dührssen*; inversion, *Kocks*, *Barsony*, 551; *Mc Coy*, 552. — Dystocie, *Bourrus*, *Duncan*, *Everke*, 553. — Placenta prœvia, *Spencer*, 554; *Wyder*, 555. — Embryotomie, *Bar*, 555; *Wathers*, 556. — Opération césarienne, *Blanc*, *Potocki*, *Berlin*, *Everke*, *Gilliam*, *Murray*, *Swiecicki*, *Forggler*, 557.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité, *Descroizilles*, 559. — Fièvre, *Pipping;* bruits du cœur, *Bumm;* hydatides du cerveau, *Graham*, *Clubbe;* myélite, *Massalongo*, 560. — Hystérie, *Strassmann;* chorée, *Jenkins;* tuberculose, *Brandenberg*, 561; *Denke*, 562. — Empyème, *Morgan;* *Finkelstein;* asthme, *Bert;* rougeole, *Morel*, 563. — Amygdalite, *Gooch;* diphtérie, *Sharkey*, *Henoch*, 564; *Gee*, 565. — Sécrétion lactée, *Variot*, 565. — Fièvre ganglionnaire, *Starck;* foie cardiaque, *Hanot*, *Parmentier;* fièvre typhoïde, *Perret*, *Devic*, 566; *Drewitt*, 567. — Foie flottant, *Gontermann;* albuminurie, *Sejournet;* diarrhée, *Moncorvo*, 567. — Varicelle, *Laudon;* vaccine, *Gaucher;* eczéma, *Guaita;* rhumatisme, *Perret*, *Diamantberger*, 568. — Erythème, *Appert;* adénie, *Lannois*, *Roux*, 569. — Myosite, *Gaucher*, *Mariage;* anesthésie, *Sherman*, *Gibney;* hématurie, *Hue;* ostéite, *Maurin*, 570; *Allard*, *Legroux;* fractures, *Gordon*, *Favre*, 571. — Fibrome lingual, *Heymann;* péritonite, *Sevestre;* hypertrophie, *Redard*, 572. — Blennorragie, *Koplik;* litholapaxie, *Keegan;* tuberculose du testicule, *Jullien*, 573.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Lymphangiectasie, *Hallopeau*, *Goupil*, *Kast*, 574. — Elephantiasis, *Souques*, *Le Dentu;* hydradénome, *Hallopeau*, 575. — Psorospermose, *Weiss*, *Lustgarten*, *Piffard;* acnitis, *Barthélemy*, 576. — Erythème, *Müller*, 577. — Epidermolyse, *Bonaiuti;* éruptions vésiculeuses, *Boinet*; urticaire, *Fox*,

578. — Lèpre, *Zambaco*, 579; *Ménas*, *Peltier*, *Viotti*, *Roux*, 580. — Xérodermie, *Brigidi;* molluscum, *Stanziale;* lichen, *Dort;* mélanose, *Wyss*, 581. — Lésions des poils, *Giovannini*, *Hallopeau*, 582. — Léiomyome, *Passalaqua;* molline, *Kuehn;* lanoline, *Unna;* maladies vénériennes dans l'armée, *Töply*, 583. — Infection syphilitique, *Tommasoli*, 584; *Taylor*, 585. — Grossesse et syphilis, *Steffeck*, *Stef;* pseudo-chancre, *Humbert*, 586. — Chancres extra-génitaux, *Cooper*, *Martow;* symptômes, *Lustgarten*, 587. — Syphilis de l'oreille, *Mygind;* gomme de l'intestin, *Darier*, *Feulard;* aristol, *Fisichella;* injections mercurielles, *Scarenzio*, 588. — Blennorragie, *Jadassohn*, *Pellizari*, 589; *Menge*, *Rubinstein*, *Barraud*, 590.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Psychoses, *Ladame*, *Holst*, *Mairet*, 590; *Alt*, 591; *Burckhardt*, 592. — Mélancolie, *Krukenberg*, 592; *Séglas*, 593.— Astasie, *Binswanger;* microcéphalie, *Giacomini*, 593; *Otto*, 594. — Idiotie, *Pilliet*, 594; *Bourneville*, 595; myxœdème, *Hanau*, *Kovalevsky*, 596. — Paralysie générale, *Blocq*, *Charpentier*, 597; *Oliver*, *Lissauer*, 598. — Epilepsie, *Althaus*, 598; *Féré*, *Bijoud*, 599. — Buveurs d'éther, *Hart;* occipital des aliénés, *Morselli;* chloralamide, *Kinniel*, 600. — Suspension, *Ascher*, 601.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traités, *Gross*, *Baudouin*, 601. — Anesthésie, *Kummer*, *Guelliot*, 602. — Lésions du crâne, *Keen*, *Ransohoff*, 603; *Horsley*, 605; *Rochet*, 606. — Lésions du rachis, *Chipault*, 606; *Lampiasi*, *Page*, *Bullard*, *Burrell*, 607. — Lésions des vaisseaux, *Milton*, *Oliver*, *Poirier*, 608; *Hildebrand*, 609. — Lésions des nerfs, *Roy*, *Sciamanna*, *Crespi*, *Schott*, *Sutton*, 609. — Lésions de l'appareil digestif, *Heydenreich*, *Beatson*, 610; *Péan*, *Terrier*, *Thiéry*, *Le Dentu*, *Robson*, 611; *Voigt*, *Terrier*, *Le Dentu*, *Calot*, *Terrillon*, 612; *Bardenheuer*, 614; *Chaput*, 615. — Péritonite, *Miller*, *Hedrich*, 616; *Reichel*, *Lydston*, *Debove*, *Elmassian*, *Mikulicz*, *Barker*, 617; *Dubut*, *Carson*, 620; *Tuffier*, *Hallion*, *Krecke*, 621; *Flammerdinghe*, 622. — Luxations, *Lafon*, *Allen*, *Kocher*, *Keetley*, *Dennetières*, 623; *Bossion*, 624. — Résections, *Schlueter*, *Lendler*, *Baehr*, *Lerr*, 624 — Ostéites, *Mac Ewen*, *Leboucq*, *Scudder*, *Ransohoff*, 627; *Braun*, 628; *Nannotti*, *Gangolphe*, *William*, 629. — Suture tendineuse, *Hervé*, *Buchanan;* greffe du thyroïde, *Zuccaro*, 630. — Thyroïdectomie, *Lemke;* pneumotomie, *Bastianelli;* tumeurs buccales, *de Larabrie*, 631. — Tumeurs, *Rapok;* gangrène, *Duchesneau*, 632. — Contracture musculaire, *Hildebrand;* corps étranger, *Lauenstein;* mal perforant, *Gascull*, 633. — Abcès du bassin, *Terrillon;* psoitis, *Gangolphe;* hémorroïdes, *Penrose*, 634. — Maladies des voies urinaires, *Schuchardt*, *Belfield*, *White*, 635.

OPHTALMOLOGIE.

Myopie, *Nuel;* astigmatisme, *Martin*, 636. — Strabisme, *Grut*, *Kugel*, 637; *Fukala*, *Motais*, 638. — Nystagmus, *Thompson*, *Kugel;* tumeurs de l'œil, *Faussillon*, 639. — Lésions des points lacrymaux, *Seggel;* symblépharon, *Gasparini;* trichiasis, *Pincus*, 640. — Trachome, *Shongolowicz;* rupture de la sclérotique, *Gorecki;* xérosis conjonctival, *Uhthoff*, *Cirincione*, *Braunschweig*, 641. — Iritis, *Bock*, 642. — Tuberculose irienne, *Wecker*, *Duyse;* iridectomie, *Dujardin*, 643. — Cataracte, *Dolard*, *Schweigger*, *Cissel*, 644. — Lésions rétiniennes, *Fick*, *Gurber*, *Pulvermacher*, *Hirschberg*, 645. — Décollement de la rétine, *Schœler*, *Schweigger*, *Pflueger*, 646. — Gliome rétinien, *Lagrange;* photophobie, *Gutteriez-Ponce;* glaucome; *Hœnsell*, 647.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Palatoplastie, *Wolff*, *Colley*, 648. — Amygdalite, *Trumbull*, *Wright*, *Moure*, 649. — Angine diphtéritique, *Petrini;* angines de la scarlatine, *Bourges;* occlusion nasale, *Cervello*, 650. — Hiatus des piliers, *Claiborne;* déviation de la cloison nasale, *Allen;* malformation du nez, *Landow*, 651. — Kyste du cornet, *Fraenkel;* névroses nasales, *Thrasher;* tubage du nez, *Goodwillie*, 652. — Lésions du sinus maxillaire, *Lichtwitz*, *Lucke;* tuberculose nasale, *Hahn*, *Capart*, 653. — Rhinoplastie, *Wolff*, 654. — Examen du larynx, *Killian;* spasmes laryngés, *Creveling*, *Brissaud*, 655. — Paralysies laryngées, *Fraenkel*, *Dreyfuss;* ulcération des cordes, *Murrey*, 656. — Pachydermie, *Chiari;* laryngite sous-glottique, *Sokolowski;* tuberculose laryngée, *Wood*, 657; *Symonds*, 658. — Erysipèle du larynx, *Massei;* extirpation du larynx, *Wassermann*, 658.

REVUES GÉNÉRALES.

Tuberculose cutanée, *Thibierge*, 660. — Tuberculine de Koch, *Galliard*, 692

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 703.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ASSOCIATION

ANATOMIE.

Traité d'anatomie topographique, par TILLAUX (6e *édit. Paris*, 1890).

Cette nouvelle édition d'un ouvrage devenu classique en France diffère assez notablement des précédentes pour être signalée. Le chapitre abdomen en particulier a été complètement refondu. Depuis l'avènement de l'antisepsie, la chirurgie de cette région a subi des modifications radicales, et nombre d'opérations, jugées impossibles, sont passées dans la pratique courante.

L'auteur a rendu compte de ces doctrines nouvelles en rédigeant à nouveau l'anatomie de plusieurs régions, en intercalant de nouvelles figures et en exposant, chemin faisant, les données de la pratique chirurgicale moderne. A. CARTAZ.

Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique, par ARLOING, revisé et publié par LESBRE (*In*-8° 453 *pages*, 388 *figures*, *Paris*, 1889).

« Les recherches microscopiques les plus minutieuses sont indispensables au progrès de la science. Mais il ne faut pas qu'elles occupent toute la place dans un livre élémentaire. Il faut se borner à en présenter les points essentiels associés, dans des proportions justes et convenables, aux propriétés physico-chimiques et physiologiques des éléments et des tissus dont la connaissance est également féconde en applications ». Telle est, exprimée dans la préface de cet ouvrage, l'idée qui a guidé Arloing dans l'enseignement de l'anatomie générale et dans la rédaction du cours qu'il publie aujourd'hui. C'est dire que ce livre est fait à un point de vue pratique et que les élèves y trouveront les notions qui leur sont indispensables. Voici quelles sont les divisions adoptées

par l'auteur : dans une première partie, il étudie les tissus et les systèmes en les groupant d'après leur origine embryogénique, et envisage ensuite les principaux organes en les classant encore, d'après leur origine, en organes formés par la somatopleure et organes formés par la splanchnopleure. Un chapitre de notions de technique histologique termine l'ouvrage et le complète. A. NICOLAS.

Untersuchungen über die vergleichende Anatomie des Gehirns. I. Das Vorderhirn (**Recherches sur l'anatomie comparée du cerveau; 1° le cerveau antérieur**), **par L. EDINGER** (*Abhandlungen der senkenbergischen naturforsch. Gesellschaft* 1888).

S'appuyant sur l'anatomie comparée, Edinger montre comment se comportent, dans les différents groupes, le manteau et le ganglion basal (corps strié) du cerveau antérieur ; à quel moment apparaissent l'écorce cérébrale et les formations qui en dépendent ; enfin il étudie un certain nombre de faisceaux nerveux qui sont communs au cerveau antérieur de tous les vertébrés.

En passant par les poissons osseux, les sélaciens et les amphibiens, on arrive aux reptiles dont le cerveau antérieur renferme les éléments qui caractérisent le cerveau des vertébrés supérieurs. Le corps strié y est bien limité et une couche corticale a fait son apparition dans le manteau. A partir des reptiles l'évolution se fait dans deux directions. Chez les oiseaux, l'écorce ne fait pas de progrès sensible, tandis que le ganglion basal atteint des dimensions relatives qu'il n'atteint dans aucun autre groupe. Chez les mammifères, au contraire, le revêtement cortical devient extrêmement puissant et fournit l'épaisse masse de fibres connue sous le nom de couronne rayonnante. Celle-ci, surtout développée chez l'homme, se trouve considérablement réduite chez les mammifères inférieurs et particulièrement chez les rongeurs. En même temps ont pris naissance des commissures entre les différents territoires du manteau, entre autres le trigone dont on constate la première ébauche chez les reptiles.

Le corps strié, semblable chez les embryons de mammifères à celui des vertébrés inférieurs, est complètement entouré, chez l'adulte, et traversé par des fibres venues du manteau. Les fibres qui le traversent le divisent en un noyau interne ou caudé et un noyau externe. A celui-ci se surajoute une formation qui appartient probablement au cerveau intermédiaire et qui constitue le soi-disant segment interne du noyau lenticulaire.

Il résulte de ces recherches que le manteau du cerveau antérieur n'atteint pas son développement complet par une progression ascendante ininterrompue des formes inférieures aux supérieures.

Nous ne connaissons pas de chaînon intermédiaire entre le manteau purement épithélial des poissons osseux et celui des amphibiens, de même entre celui de ces derniers et celui des reptiles. Le ganglion basal (corps strié) reste au contraire partout le même, quant à sa texture et à sa situation. Chez les poissons osseux, il représente la masse principale du cerveau antérieur, puis, par le fait de l'accroissement du manteau, il paraît s'enfoncer de plus en plus dans la profondeur, et devient chez les mammifères relativement petit. A. NICOLAS.

Einiges über das Gehirn der Edentata (Sur le cerveau des édentés), par H. RABL-RUCKHARD (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXV*, 1890).

Deux points intéressants, au point de vue de l'anatomie comparée du cerveau, sont étudiés dans ce travail : 1° la commissure antérieure renferme des fibres qui proviennent des lobes frontaux et qui se mélangent aux fibres de la capsule externe; en d'autres termes, une partie de la commissure antérieure constitue une commissure entre les capsules externes. Ce faisceau peut s'appeler « pars frontalis » de la commissure antérieure, et il faut le distinguer de la « pars olfactoria » de celle-ci. On le trouve particulièrement développé chez les mammifères inférieurs, monotrèmes (Flower), marsupiaux (Sander). Il l'est peu chez la taupe et le lapin (Ganser) et est représenté chez l'homme par un faisceau peu important (Hamilton).

2° Le toit de l'aqueduc de Sylvius présente une disposition spéciale due à une saillie de l'épendyme dont les cellules présentent à cet endroit des caractères différents de ceux qu'elles présentent ailleurs. Rabl-Ruckhard, tout en ne se prononçant pas d'une façon catégorique, faute de documents, sur la signification de ce relief (homologue peut-être de la « carina » de l'aqueduc de Sylvius humain), est disposé à le considérer comme le représentant du torus longitudinalis des poissons osseux dont on retrouve des traces chez les amphibiens, les reptiles et les oiseaux.

A. NICOLAS.

Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane (Douze leçons sur la texture des centres nerveux), par L. EDINGER (*In-8°* 164 *pages. Leipzig*, 1889).

Ce livre, qui est une deuxième édition, renferme tout ce que les recherches modernes nous ont appris sur la texture des centres nerveux. L'auteur, bien connu par ses importants travaux, a su présenter sous une forme concise et sans que la clarté des descriptions souffre de cette concision tous les détails essentiels que le médecin et l'étudiant doivent savoir. Ses propres observations lui ont permis en outre d'élucider ou de compléter certains points obscurs ou controversés. Tels sont les paragraphes sur les origines de l'oculo-moteur commun, de l'acoustique et sur les fibres médullaires. Ajoutons enfin que de nombreux dessins originaux, schématiques ou non, facilitent encore la lecture.

Il a été donné récemment une traduction française de la première édition de ce livre ; malheureusement le traducteur s'est permis de si nombreux contresens que la pensée de l'auteur est à chaque instant défigurée et que les descriptions si claires dans le texte allemand deviennent trop souvent incompréhensibles. A. NICOLAS.

Zur Entwickelungsgeschichte des Acustico-Facialgebietes (Sur le développement de l'acoustico-facial), par W. HIS jun (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth. Suppl. Bd.* 1889).

Par l'étude d'une série d'embryons humains de trois semaines et demie à trois mois, l'auteur arrive à confirmer les résultats acquis, relativement aux racines et aux branches de l'auditif, par les recherches embryologiques de Böttcher (chien, mouton et porc), Gradenigo (lapin),

Flechsig et Bechterew (fœtus humains) et par les expériences de Forel et Onufrovicz.

Déjà, dans des stades précoces, on peut reconnaître que la divergence des deux troncs de l'auditif se continue au dedans du cerveau, de telle sorte que le nerf limacéen constitue une racine latérale et postérieure, tandis que le nerf vestibulaire se dirige directement du côté dorsal et forme une racine interne et antérieure. Il n'y a pas d'anastomose entre ces deux racines, si bien que si les fibres destinées à l'ampoule postérieure doivent aboutir au même centre que les fibres des ampoules externe et interne, il faut qu'elles suivent un trajet intracérébral tout autre que celui de ces dernières. De la sixième à la septième semaine apparaît entre les deux racines le corps restiforme. Or, chez l'adulte, celui-ci sépare les racines de l'acoustique en un groupe latéral et en un groupe médian, et l'histoire du développement montre que le premier appartient au nerf du limaçon et le second au nerf vestibulaire. L'auteur étudie le trajet et les connexions de ces racines. Il montre les transformations et la segmentation progressive du ganglion acoustico-facial marchant parallèlement à la différenciation de la vésicule auditive. Des figures dessinées d'après des reconstructions et des moules, facilitent la compréhension de détails qu'une description souvent un peu concise rend parfois obscurs. A. NICOLAS.

Ueber eine seltene Anomalie... (Anomalie rare dans le trajet du tronc du pneumogastrique), par TAGUCHI (*Arch. f. Anat. und Physiol., Anat. Abth., Heft* 5 *et* 6, 1888).

Les anomalies du nerf vague sont fort rares, et n'ont été observées que du côté droit. Celle que relate Taguchi siégeait du côté gauche, et consistait en ce que le nerf était situé au côté antéro-externe de la carotide interne et de la carotide primitive (fait observé déjà du côté droit par Quain, Dubrueil et Cruveilhier), et qu'il émettait, en l'absence de la branche descendante de l'hypoglosse, un rameau qui en avait la destination, s'anastomosant en anse avec des filets venus des nerfs cervicaux superficiels, pour donner l'innervation aux muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien et omo-hyoïdien. A. PRENANT.

Ueber Form und Grösse des Intervaginalraumes des Sehnerven im Bereich des Canalis opticus (De la forme et de la grandeur de l'espace intervaginal du nerf optique au milieu du canal optique), par PFISTER (*Arch. f. Ophthalm., XXXVI*).

L'auteur a étudié, sur des coupes microscopiques de préparations décalcifiées, les conditions anatomiques de l'espace intervaginal du nerf optique, pour son trajet à travers le canal optique. Il a constaté que ces conditions sont variables pour les différents individus, mais qu'il existe toujours un intervalle entre la dure-mère et la pie-mère. Souvent cet espace est tout à fait circulaire; mais, dans la majorité des cas, la pie-mère est attachée, çà et là, à la dure-mère, et cela, le plus souvent du côté inféro-externe. En dehors de cela, il y a toujours de petits faisceaux connectifs qui joignent la gaine externe à l'interne. Il résulte des recherches de l'auteur qu'il se trouve toujours une communication étendue entre l'espace subdural du cerveau et l'espace intervaginal du nerf

optique, chose importante pour la pathogénie de l'ophthalmie sympathique et de l'étranglement du nerf optique causé par des tumeurs cérébrales. ROHMER.

Le terminazioni nervose nella mucosa gastrica, par A. CAPPARELLI (*Atti dell' Accademia Gioenia di scienze nat. in Catania*, 1890).

En appliquant la méthode de Golgi à l'étude des nerfs dans la muqueuse gastrique de la grenouille et du chien, l'auteur a pu suivre des fibrilles extrêmement ténues, moniliformes et colorées en noir, qui s'étendent depuis la musculaire muqueuse jusque dans l'épithélium. Dans la majorité des cas, ces fibrilles arrivées dans l'épithélium s'y replient en formant des anses. Souvent elles se terminent par un prolongement, en forme de massue ou de petite sphère, enclavé entre les cellules épithéliales. Enfin, on aperçoit des cellules caliciformes dont le sommet se continue avec un fin prolongement qui présente tous les caractères de fibrilles nerveuses terminales. A. NICOLAS.

Methylenblautinktion der motorischen Nervenendigungen in den Muskeln der Amphibien und Reptilien (Coloration par le bleu de méthylène des terminaisons nerveuses motrices dans les muscles des amphibiens et des reptiles), par DOGIEL (*Arch. f. mik. Anat. Band XXXV*).

L'auteur rappelle la simplification qu'Arnstein et lui-même ont apportée au procédé primitif d'Ehrlich (injection d'une solution à 4 0/0 de bleu de méthylène dans les vaisseaux de l'organe ou du tissu dont on veut colorer les nerfs) et indique ensuite une méthode encore plus simple qui réussit facilement en donnant les résultats les plus satisfaisants. Voici en quoi elle consiste :

On place le tissu à examiner, que l'on vient d'enlever à l'animal aussitôt après sa mort, dans un verre de montre ou sur la lame porte-objet avec quelques gouttes d'humeur aqueuse additionnée de 2 à 3 gouttes de bleu de méthylène en solution à 1/15 ou 1/16 0/0 dans la solution physiologique de sel marin. On examine alors avec un faible grossissement les progrès de la coloration, et quand elle paraît suffisamment intense on la fixe en lavant la pièce dans une solution aqueuse saturée de picrate d'ammoniaque. Ce réactif précipite le bleu de méthylène sous forme de fines granulations violettes et éclaircit les tissus au point qu'on peut examiner, sans faire de coupes, des lamelles épaisses de ceux-ci. On peut d'ailleurs faire des coupes en durcissant la pièce, lorsqu'elle est colorée, dans de l'alcool saturé de picrate d'ammoniaque.

Dogiel se loue des résultats qu'il a obtenus par l'application de ce procédé si simple sur la rétine, la cornée, la choroïde... etc., et expose ceux auxquels il est arrivé en l'employant à l'étude des terminaisons nerveuses dans les muscles des amphibiens et des reptiles. Il décrit ces terminaisons et montre que cette méthode non seulement permet de confirmer les observations faites par la méthode de l'or ou autrement, mais encore fournit le moyen d'obtenir avec facilité une coloration des terminaisons nerveuses d'une netteté que les meilleurs parmi les autres procédés ne donnaient qu'exceptionnellement. A. NICOLAS.

Ueber die ursprüngliche Hauptschlagader u. s. w. (Sur les troncs artériels primitifs du membre postérieur de l'homme et des mammifères, avec remarques sur le développement des branches terminales de l'aorte abdominale), par HOCHSTETTER (*Morphol. Jahrbuch, Band XVI*, 1890).

Hochstetter a observé deux cas de cette anomalie intéressante et rare, qui consiste en ce que l'artère iliaque interne, et particulièrement l'ischiatique, fournit la poplitée, tandis que la fémorale, d'un calibre relativement faible, se termine au-dessus de l'articulation du genou. C'est là une disposition qui existe à l'état normal chez la plupart des oiseaux, les reptiles et les amphibiens. On peut penser ainsi que l'anomalie observée chez l'homme n'est autre qu'une reproduction de l'état des vertébrés inférieurs aux mammifères, ainsi qu'Ellis l'a déjà exprimé. Au contraire, Fagge, Hyrtl et Sappey ont expliqué cette anomalie par le développement exagéré d'une branche satellite du nerf sciatique, dont l'existence est normale.

Si la disposition anormale en question est un retour à un état plus primitif, on doit la retrouver dans le développement embryonnaire normal du mammifère. C'est ce que l'auteur a pu constater chez des embryons de chat et de lapin : l'artère fémorale (iliaque externe), qui naît de l'ombilicale au voisinage de l'aorte, est très faible, tandis que l'ischiatique (iliaque interne), issue de la convexité de la courbe décrite par l'ombilicale, est très forte. Mais bientôt l'iliaque externe ou fémorale devient plus puissante, s'unit à l'ischiatique ou iliaque interne, et détourne à son profit le cours du sang, qui désormais coule de la fémorale dans la poplitée en empruntant le trajet de l'anastomose fémorali-ischiatique, tandis que l'ischiatique s'atrophie, vraisemblablement sans laisser de trace, telle que celle que représenterait l'artère satellite du nerf sciatique. L'artère ischiatique de l'embryon de mammifère est donc semblable à celle des oiseaux, reptiles et amphibiens à l'état adulte.

L'auteur se demande ensuite si la fémorale des mammifères correspond de même à celle des oiseaux, par exemple. Il ne semble pas, à première vue, en être ainsi, puisque la fémorale des oiseaux naît directement sur l'aorte abdominale. Hochstetter montre cependant qu'en réalité cette correspondance existe. Chez les mammifères où les deux iliaques n'émanent pas d'une iliaque commune, mais naissent séparément de l'aorte même, on trouve la même disposition que chez les oiseaux, en apparence du moins. Toutefois le problème n'est pas aussi simple et mérite d'être examiné de plus près.

Chez un embryon de lapin, l'aorte, avant de se terminer par la sacrée moyenne, se divise en deux ombilicales qui sont situées, non pas au côté dorsal du canal de Wolff et du cœlome, mais en dedans d'eux, le long de l'intestin, puis dans la paroi verticale du corps, d'où elles gagnent l'allantoïde. Chez un embryon plus âgé, l'aorte, après avoir fourni les ombilicales, donne encore deux branches qui s'anastomosent avec les ombilicales, constituant ainsi un îlot artériel qui embrasse le canal de Wolff et l'extrémité du cœlome ; l'artère ombilicale définitive dérive de la branche externe de cet îlot, la branche interne s'atrophiant. Plus tard, l'ombilicale donne latéralement la fémorale ; l'ischiatique, beaucoup plus

forte, naît de la convexité de la courbure de l'ombilicale. Il existe ainsi toujours un tronc iliaque commun à la fémorale et à l'ischiatique, si court soit-il. Chez les mammifères qui ont une iliaque commune, ce tronc s'allonge purement et simplement pour la constituer. Chez ceux qui en sont dépourvus, la fémorale remonte le long de ce tronc commun et même de l'aorte, jusqu'à naître isolément sur cette dernière. L'iliaque commune peut manquer chez l'homme ; d'autre part on peut avoir chez les mammifères des cas d'asymétrie où d'un côté l'iliaque commune existe et de l'autre non. Il y a donc toujours chez les mammifères dès l'âge embryonnaire une iliaque commune, contrairement à ce qui existe chez les oiseaux, où la fémorale et l'ischiatique ont une origine distincte. C'est là une différence essentielle à laquelle s'en ajoute une autre. Chez l'oiseau, la fémorale et l'ischiatique naissent à la manière d'artères segmentaires, éloignées l'une de l'autre et séparées par de véritables artères segmentaires lombaires ; les artères qui alimentent le membre inférieur sont ainsi fournies par deux segments, quelquefois même par trois, la fémorale pouvant avoir deux racines segmentaires. Chez la plupart des reptiles il en est de même. Chez les mammifères il en est de même, quant à la nature de l'artère nourricière du membre inférieur : l'iliaque commune, bien qu'elle diffère des artères segmentaires par sa situation ventrale par rapport aux veines cardinales postérieures, est une artère segmentaire dont la branche dorsale est vraisemblablement représentée chez l'homme par la quatrième artère lombaire. Mais il en est autrement que chez les oiseaux, quant au nombre des artères segmentaires absorbées par le membre inférieur ; il n'y a chez les mammifères qu'une artère segmentaire, l'iliaque commune ; la fémorale, alors même qu'elle paraît naître isolément sur l'aorte, n'est qu'une branche de cette artère segmentaire, et par conséquent n'est pas homologue à l'artère fémorale des oiseaux, qui est une artère segmentaire indépendante. A. PRENANT.

Arteria maxillaris communis, par DELITZIN (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4, 1890).

L'artère maxillaire interne est rarement le siège d'anomalies. La disposition normale qui fait l'objet de la présente observation consiste en ce que l'artère maxillaire interne et la maxillaire externe (faciale) naissent par un tronc commun (maxillaire commune) ; il n'en existe que cinq cas connus. La genèse de cette anomalie s'explique facilement. En effet, le système artériel est, on le sait, primitivement un réseau, dont certaines travées, devenant prépondérantes, figureront plus tard les troncs artériels. Or, Jœssel, dans un des cas d'anomalies de la maxillaire interne, a observé un pareil réseau qu'il a appelé « *circulus arteriæ carotidis externi* », et qui était ainsi constitué : la carotide externe se partageait à l'angle de la mâchoire en deux troncs, dont le postérieur fournissait une auriculaire postérieure ; l'antérieur ou maxillaire commune, très court, donnait la maxillaire externe, l'artère alvéolaire inférieure et la maxillaire interne ; les deux troncs se réunissaient derrière le condyle de la mâchoire par une courte anastomose de laquelle partait la temporale superficielle. Il suffit, pour créer avec cette disposition la présente anomalie, de supprimer l'anastomose. A. PRENANT.

Ueber die Theilung von Pigmentzellen und Capillarwandzellen (Sur la division des cellules pigmentaires et des cellules pariétales des capillaires), par W. FLEMMING (*Arch. f. mik. Anat. Band XXXV*).

Les observations de Flemming, qui ont porté sur certains tissus de larves de salamandre, montrent que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, les cellules pigmentaires se multiplient par division indirecte. La division du noyau n'offre rien de particulier et présente les stades bien connus de la karyokinèse ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la division du corps cellulaire ne se fait qu'après que la scission du noyau est complète et que les deux noyaux-filles sont revenus à l'état de repos. La cellule pigmentaire passe donc, avant d'être partagée en deux éléments, par un stade pendant lequel elle est binucléée.

La division tardive du corps cellulaire paraît exceptionnelle chez les métazoaires ; on l'observe encore dans les cellules pariétales des capillaires (lamelles branchiales des larves de salamandre) en voie d'accroissement. A. NICOLAS.

Sur un mécanisme de transformation de la circulation veineuse chez l'embryon humain, par C. PHISALIX (*C. r. Soc. biologie*, 10 *mai* 1890, *t. II*, *n°* 17).

Comment le tronc commun des veines allantoïdiennes et des veines vitellines s'allonge-t-il et arrive-t-il à être enveloppé par la glande hépatique en formation? C'est là un point d'embryologie encore obscur et que C. Phisalix croit avoir éclairci par l'examen des coupes d'un embryon humain de $4^{mm},5$. — Le développement rapide du foie amène une compression des veines ombilicales, compression dont le résultat immédiat est une gêne de la circulation avec tendance à l'oblitération et formation d'un réseau variqueux au-dessous de l'obstacle. Ce réseau forme un véritable bourrelet qui proémine fortement dans la cavité abdominale. Il rencontre venant en sens inverse un prolongement en cul-de-sac des veines vitellines dont la formation se fait peut-être par un mécanisme analogue. Le bourrelet et le cul-de-sac se fusionnent, la communication primitive des veines ombilicales avec le cœur disparaît, et ainsi se trouve réalisée la disposition qui persistera jusqu'à la naissance. G. LION.

Procédé technique d'étude du noyau des globules blancs, par MAYET (*Compt. rendu Acad. des sciences*, 3 *mars* 1890).

Pour bien étudier ce noyau, il faut l'isoler du protoplasma ; à cet effet il faut faire usage de l'acide acétique, à l'état monohydraté cristallisable, qu'on mélange intimement au sang dans la proportion d'une partie de celui-ci pour trois du réactif. Par ce mélange, les globules rouges deviennent très peu apparents, le protoplasma des leucocytes est lui-même absolument dissous, et les noyaux, ainsi isolés et comme décortiqués, apparaissent avec un contour aussi net que possible, avec les formes en fer à cheval, en boudins, en sphères multilobées, comme les a décrits Ranvier. On trouve, de plus, des formes en croissant, en cylindre étroit replié plusieurs fois sur lui-même. Ce procédé n'est applicable qu'à l'étude de la forme générale des noyaux et ne fournit aucune

donnée sur leur structure intime si compliquée, ni sur les phénomènes qui se passent dans leur intérieur pendant leurs transformations.

M. DUVAL.

Le sang comme tissu, par N. V. OUSKOV (*In*-8°, 96 *pages et* 1 *pl. Saint-Pétersbourg*, 1890).

Ouskov donne d'abord sa technique de numération des globules blancs : il emploie le mélange de trois parties de solution de NaCl à 7.5 0/00 et d'une partie d'acide acétique.

Il classe ensuite les globules blancs en trois ordres : 1° éléments jeunes : *a*) petits globules transparents; *b*) petits lymphocytes; *c*) grands lymphocytes; 2° éléments mûrs ou adultes : *a*) petits globules de passage; *b*) grands globules de passage; *c*) globules de passage à noyau palmé ; 3° éléments vieux : *a*) grands globules transparents; *b*) globules transparents à noyau palmé ; *c*) toutes les formes multinucléaires.

Les éléments jeunes sous leurs trois formes naissent dans les organes hématopoiétiques et se développent, pour passer à la forme adulte, aussi bien dans les organes hématopoiétiques que dans le sang, où ils existent en très grand nombre relativement à ceux du premier et du troisième ordre. Ainsi le sang se développerait absolument comme les autres tissus; la seule différence provient de l'état liquide de la matière intercellulaire.

Il étudie ensuite les « noyaux des globules du sang ». Il dessèche rapidement le sang étalé sur une lamelle couvre-objet en la passant sur la flamme d'une lampe à alcool et le colore par la safranine. Il distingue ainsi deux types : 1° noyaux ronds ne différant des autres noyaux que par l'absence de nucléole ; 2° noyaux multiples.

Pour Ouskov, comme pour Pfitzner, Löwit et Arnold, l'existence d'un réseau chromatique dense est l'indice d'une métamorphose régressive du noyau ; car la chromatine est plus dense dans les noyaux des cellules rouges prises sur le chien nouveau-né que dans celles de l'embryon de cet animal. Le noyau des cellules rouges disparaîtrait par chromatolyse pour donner naissance au globule parfait. Les cellules rouges à chromatine peu dense sont susceptibles de se multiplier par karyokinèse.

Ouskov donne ensuite la proportion de globules blancs des trois ordres contenus dans le sang à l'état de santé : le premier ordre est représenté par 18 0/0, le second par 6 0/0 et le troisième par 75 0/0. Dans la fièvre typhoïde, les globules vieux tombent de 75 à 50 0/0; en même temps les globules jeunes et mûrs augmentent de nombre. Il y a donc un ralentissement des métamorphoses régressives normales des globules blancs. Dans la pneumonie fibrineuse, le nombre des globules du troisième ordre atteint 90 0/0; il y a ralentissement de la phase de destruction définitive de ces éléments.

CH. LUZET.

Die Entwickelung der Chorda dorsalis bei dem Menschen (Le développement de la corde dorsale chez l'homme), par KOLLMANN (*Anat. Anz.*, 16 *juin* 1890).

Chez l'embryon humain, la corde dorsale se présente à l'état d'entoblaste cordal, c'est-à-dire qu'elle est incorporée à l'entoblaste (embr. de 14 à 16 jours); ce n'est qu'à l'extrémité postérieure du corps et ça et là, ailleurs, que la corde se montre détachée de l'entoblaste. Se fondant

sur cette disposition qu'il a observée dans l'embryon humain qu'il a décrit (v. *R. S. M.*, XXXVI, 21) et sur les dispositions analogues que présentent d'autres embryons humains très jeunes, Kollmann conclut à l'origine entoblastique de la corde chez l'homme.

L'auteur montre ensuite, dans un rapide aperçu historique, quelles vicissitudes a subi la notion de l'origine de la corde dorsale, tour à tour considérée comme formation mésodermique, comme production de l'entoderme, comme d'origine ectodermique enfin. Il est à remarquer, observe-t-il, que, chez les vertébrés inferieurs, la corde est formée par l'entoderme (amphioxus, sélaciens). Chez les mammifères et vraisemblablement aussi chez les sauropsidés, la corde dorsale relève à la fois du mésoderme et de l'endoterme, chez l'homme de l'entoderme surtout. La participation de l'entoderme à la formation de la corde n'est autre que la répétition palingénétique de ce qui existe chez les vertébrés inférieurs. L'intervention du mésoderme doit être, au contraire, considérée comme un phénomène cœnogénétique apparu secondairement.

A. PRENANT.

Influence spécifique à distance des éléments cellulaires les uns sur les autres, par BARD (*Archiv. de méd. expériment.*, 1er *mai* 1890).

Les diverses cellules de l'organisme exercent à distance, les unes sur les autres, une influence vitale particulière, extrêmement complexe et variée dans ses effets si on la considère dans son ensemble, mais en réalité précise et déterminée pour chaque élément considéré.

Cette influence, qui est en rapport avec le mode de vie intime des cellules, révèle, par sa spécialisation délicate, l'existence de propriétés vitales radicalement différentes entre les diverses espèces cellulaires, propriétés que l'on peut voir déjà en œuvre dès les étapes embryonnaires de chacune d'elles.

Chaque cellule possédant la propriété d'influencer les cellules des autres variétés, par un mode qui lui est propre, la spécificité étroite des espèces cellulaires peut seule expliquer tout à la fois la variété et la fixité de leurs influences réciproques à distance. Par suite, cette spécificité trouve à son tour, dans ces faits, dont elle peut seule fournir une explication plausible, une nouvelle preuve de sa réalité et un témoignage de son importance qu'on découvre toujours plus grande à mesure qu'on l'étudie davantage.

A. GILBERT.

Introduction à l'étude de la spécificité cellulaire chez l'homme, par HILLEMAND (*Thèse de Paris*, 1889).

Après avoir rappelé la notion de spécificité et les théories opposées de la fixité et de la mutabilité des espèces, l'auteur conclut à la modificabilité indefinie, mais non illimitée, du type spécifique. La modificabilité de l'espèce est en effet réglée et par suite limitée par l'hérédité, de telle sorte que l'espèce arrive à être circonscrite uniquement par l'atavisme, et que la notion de spécificité s'applique à ce caractère évolutif d'après lequel une espèce donnée ne peut jamais se confondre avec une espèce collatérale ou antérieure.

Comparant ensuite les individualités composées, les organismes complexes, aux individualités cellulaires, et examinant chez les unes et les

autres les conditions de leur naissance, de leur évolution et de leur mort, Hillemand trouve dans les deux cas une ressemblance absolue. De même que les individualités composées, les cellules, plus elles sont différenciées, plus par conséquent leurs frais de développement et d'activité fonctionnelle sont augmentés, sont de moins en moins fécondes, disposant pour leur reproduction de moins de matériaux. Les cellules, tout comme les individus complexes, ont une mort nécessaire, qui résulte de l'insuffisance de la surface d'absorption par rapport à la masse qui dépense, et qui est d'autant plus rapide que la cellule prélève davantage sur le capital héréditaire et sur les ressources nutritives pour sa croissance, sa différenciation, son activité fonctionnelle et sa reproduction, et qu'il lui reste moins pour sa propre conservation.

Cela étant, peut-on transformer la notion de type cellulaire en celle d'espèce? L'auteur répond, avec Bard, par l'affirmative, et rappelle que la spécificité cellulaire était défendue déjà par Remak et Ch. Robin. La théorie de la spécificité cellulaire doit remplacer celle de l'indifférence cellulaire, selon laquelle les cellules sont d'abord indifférentes et se différencient ensuite, ou bien sont produites accidentellement (pathologiquement) à l'état indifférent par des cellules d'ailleurs différenciées, et se différencient ensuite en un type différent de celui des éléments dont elles dérivent. On peut même dresser un arbre histogénique (Bard) où l'on voit à partir de l'oosperme, la plus complexe des cellules de l'organisme, parce qu'elle contient en elle toutes les autres, s'effectuer la séparation graduelle de plus en plus complète des diverses espèces cellulaires. Cette séparation se fait au prix, non pas d'une multiplication pure et simple des cellules, mais d'une prolifération avec dédoublement, de telle sorte que d'une cellule-mère complexe, transitoire, et réunissant en elle les éléments originels de plusieurs cellules spécifiques, naissent deux cellules-filles, différentes entre elles et différentes de leur cellule-mère.

Telles sont les cellules spécifiques. Elle comportent des variétés, caractérisées par la possibilité de leur retour à leur type ancestral spécifique, lorsque leurs conditions d'existence se trouvent modifiées par des circonstances pathologiques. Mais si une variété peut faire retour à son type ancestral spécifique, jamais elle ne se transformera en une autre variété collatérale. A la lumière des faits apportés par l'embryologie, les espèces cellulaires peuvent être groupées en genres comprenant les diverses espèces qui dérivent d'un même feuillet du blastoderme. Les espèces d'un genre peuvent présenter avec celles d'un autre genre des analogies, mais jamais d'homologies. A. PRENANT.

Entwickelungsgeschichte der häutigen Bogengänge (Développement des canaux semi-circulaires membraneux), par R. KRAUSE (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXV*, 1890).

Deux opinions sont en présence relativement au développement des canaux semi-circulaires membraneux. D'après l'une, qui est la plus ancienne, ces canaux sont des diverticules épithéliaux de la vésicule auditive primitive qui vont à la rencontre l'un de l'autre et s'unissent ensuite; d'après l'autre, ils prennent naissance aux dépens de la vésicule auditive par suite de la formation de plis. Krause, après un historique

de la question, suit le développement de ces organes chez des embryons sériés de lapin et de porc et fait voir qu'ils dérivent de la vésicule labyrinthique primitive, sous la forme d'évaginations en forme de poches de la paroi de celle-ci. Le milieu de l'une des deux faces de ces poches se rapproche du milieu de la face opposée ; il se fait en cet endroit un accolement des deux revêtements épithéliaux, puis une résorption, d'où résulte la transformation de la poche en un tube curviligne.

Les deux canaux verticaux proviennent d'une poche commune, dont les parois arrivent en contact et se résorbent en deux endroits. Le segment compris entre ces deux endroits reste perméable et représente la zone commune des deux canaux verticaux.

Le canal supérieur vertical se développe le premier, puis l'inférieur vertical, enfin l'horizontal.

La formation des ampoules est contemporaine de celle des canaux.

A. NICOLAS.

Zur Anatomie des Ohrläppchens (Sur l'anatomie du lobule de l'oreille), par W. HIS (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth.*, 1889).

His divise le pavillon en oreille supérieure, oreille postérieure et oreille inférieure, cette dernière comprenant l'antitragus, le lobule et le territoire situé au-dessous de l'incisure intertragique. Ce territoire, il le nomme aire prélobulaire; il appelle sillon prélobulaire une rainure qui sépare l'aire prélobulaire à la fois de l'antitragus et du lobule. L'oreille postérieure et l'oreille inférieure sont séparées par le sillon oblique. L'antitragus est délimité inférieurement par un sillon supralobulaire. Ce sillon est interrompu par une éminence, l'éminence anonyme, qui se relie à la saillie de l'antitragus. Le lobule se divise habituellement en lobule proprement dit et tubercule rétrolobulaire, séparés par un sillon rétrolobulaire. Le lobule n'est pas un simple repli de la peau. Mais sa forme, si variable, est assurée par un squelette cartilagineux qui n'est autre que le prolongement ou queue de l'hélix, appelé aussi languette, dont His fait une description minutieuse.

His distingue deux types extrêmes dans la configuration du lobule. Ces deux types sont réalisés soit par le développement, soit par l'effacement des divers reliefs et sillons précités. A. PRENANT.

Die Färbung der menschlichen Rethina mit Essigsäurhämatoxylin (Coloration de la rétine humaine avec l'hématoxyline acétique), par SCHAFFER (*Sitz. d. k. Akad. d. Wiss., Wien. Band XCIX*, 1890).

Ayant appliqué la méthode employée par Kultschitzky pour l'étude des trajets fibreux dans les centres nerveux (coloration par l'hématoxyline acétique d'une pièce traitée par un durcissant chromique et décoloration par le ferricyanure de potassium) à l'examen de la rétine humaine, Schaffer a pu mettre en évidence certaines couches de la rétine à l'exclusion des autres. Selon que la décoloration est poussée plus ou moins loin, on peut obtenir des effets très variés ; on a la coloration de la couche des cônes et des bâtonnets, ou seulement celle des articles externes et des corps ellipsoïdaux ; les articles internes et les noyaux demeurent incolores, etc. On arrive même à déceler, dans les cônes, certains détails de fine structure. En dehors de la limitante externe, l'auteur signale l'exis-

tence d'une rangée de points noirs particulièrement serrés au niveau de la tache jaune; il considère ces points comme l'expression d'une terminaison intra-épithéliale de filaments nerveux, tels que ceux que Dogiel a décrits dans la rétine des vertébrés. Incidemment, il consigne les résultats de quelques mensurations portant sur la hauteur de la couche des cônes et bâtonnets, au niveau de la tache jaune et en dehors de cette région. A. PRENANT.

L'épithélium de la trachée et des bronches chez un supplicié, par BARABAN (*Revue médicale de l'Est*, *n°* 18, *p.* 545, 1890).

A la partie supérieure de la trachée, dont l'aspect macroscopique était normal, l'épithélium cylindrique à cils vibratiles était remplacé çà et là par de l'épithélium pavimenteux stratifié ; il y avait à la partie inférieure et dans les bronches une proportion exagérée de cellules caliciformes avec disparition plus ou moins complète des cils vibratiles. Ces modifications étaient notablement moins accusées sur la portion membraneuse de la trachée et au niveau des orifices glandulaires, dont les produits semblent avoir joué un rôle de protection pour les cellules épithéliales voisines.

Baraban pense que ces modifications sont dues à une irritation légère, mais prolongée, de la muqueuse, et il est disposé à incriminer, dans ce cas, l'habitude de fumer dans un air confiné. LEFLAIVE.

Ueber die Nature der Herxheimerschen Spiralen der Oberhaut (Sur la nature des spirales épidermiques d'Herxheimer), par A. EDDOWES (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Band XI, n°* 3).

L'auteur confirme la description d'Herxheimer (Voy. *R. S. M.*, XXXVI, 4 et 421) ; il y ajoute des faits importants et en donne une nouvelle interprétation.

On sait que, dans les coupes de la peau traitées suivant la méthode de Gram modifiée par Weigert, on voit dans les couches profondes de l'épiderme des fibres contournées en spirales qui cheminent entre les cellules ou sur leurs parois ; leur longueur et leur largeur varient ainsi que la forme de leurs spirales ; parfois elles se dissocient en rayonnant pour se reconstituer plus loin.

L'auteur a constaté la présence des spirales dans les canaux séreux que limitent les cellules épithéliales. On les trouve surtout dans la couche épineuse, mais il en existe aussi dans la couche cornée ; si la coupe a été faite au niveau d'un condylome acuminé, elles se ramifient ; des branches fines peuvent se continuer avec des rameaux plus volumineux.

On trouve aussi entre les cellules des dépôts granuleux qui réagissent comme les fibres en spirale et se continuent avec elles. De plus, on voit parfois ces fibres aboutir aux masses fibrineuses que contient le derme. Si l'on soumet la coupe à l'action d'un liquide digestif, les spirales disparaissent en même temps que ces masses.

L'auteur arrive à repousser l'hypothèse qui semblait la plus vraisemblable à Herxheimer, celle d'un système de canaux séreux et *à considérer comme démontré qu'il s'agit de dépôts fibrineux;* ses raisons sont les suivantes :

1° Le siège de prédilection des spirales dans les couches profondes de l'épiderme s'explique par ce fait que les cellules y atteignent leur plus grande activité nutritive ; elles éliminent la substance fibrino-plastique dans la lymphe coagulable en plus grande quantité que les éléments plus superficiels.

2° Leur siège entre les cellules, dans les fentes lymphatiques, est celui qu'elles doivent occuper dans la théorie fibrineuse.

3° Leur forme s'explique par ce fait qu'une partie des fentes lymphatiques de l'épiderme ont l'aspect de canaux arrondis (Unna).

4° Leurs différences de volume sont dues aux différences que présente le volume des canaux lymphatiques.

5° Leur disposition en spirale n'est pas constante ; elle s'explique par le retrait que subissent les cylindres fibrineux dans les pièces durcies (Unna).

6° Leurs ramifications correspondent à celles des canaux lymphatiques.

7° Si les plus épaisses sont creusées d'une cavité, c'est que, dans les lymphatiques larges, le dépôt de fibrine se fait sur la paroi des vaisseaux.

8° Si elles se trouvent en plus grand nombre dans certaines dermites, c'est qu'en pareil cas les canaux lymphatiques se dilatent, la lymphe est plus abondante, un plus grand nombre de cellules se trouvent disséminées, et il se forme plus de fibrine.

9° Leur existence dans la peau normale n'est pas en désaccord avec la théorie fibrineuse, car, à l'état physiologique, la modification de l'épiderme donne lieu à la formation d'une petite quantité de fibrine dans les fentes lymphatiques.

10° Toutes les variétés que présentent la forme et le parcours des spirales s'expliquent facilement par la théorie fibrineuse.

11° Les spirales sont remplacées dans les follicules pileux par des réseaux ou des masses granuleuses qui présentent les mêmes réactions chimiques, se colorent de même et se continuent avec elles.

12° Les spirales de l'épiderme se continuent avec les dépôts fibrineux du derme, d'ordinaire par des filaments très fins correspondant aux fines anastomoses lymphatiques qui s'étendent horizontalement entre les deux membranes.

13° La présence des spirales entre les cellules de la couche cornée n'est pas en contradiction avec la théorie fibrineuse, car on ne l'a constatée que dans les condylomes acuminés où les voies lymphatiques peuvent rester perméables à ce niveau.

14° La possibilité de produire la digestion de ces spirales, comme on produit celle de la fibrine intra-dermique, est en faveur de la théorie de l'auteur.

15° On peut invoquer enfin, dans le même sens, ce fait que les parties où les spirales sont le plus développées sont celles où les globules blancs pénètrent dans l'épiderme en plus grande quantité ; on sait, en effet, qu'ils produisent, en se dissociant, la plus grande partie de la substance fibrino-plastique nécessaire à la formation de la fibrine.

H. HALLOPEAU.

Die erste Anlage der Milz... (La première ébauche de la rate et la première apparition de cellules lymphatiques chez les amphibiens), par MAURER (*Morphol. Jahrbuch. Band XVI, Heft* 1).

La rate passe pour se développer dans un blastème cellulaire du mésogastre, au voisinage de l'origine de l'artère mésentérique ; mais on ne sait ce qu'est ce blastème. Quant aux cellules lymphatiques, les uns les considèrent comme d'origine mésodermique, les autres en font des productions secondaires de l'épithélium intestinal, duquel elles se détachent. L'auteur, étudiant l'origine de la rate et des cellules lymphatiques chez les amphibiens anoures et urodèles, a observé ce qui suit. L'épithélium intestinal présente des karyokinèses orientées de telle sorte que l'une des cellules-filles se détache de l'épithélium et gagne le tissu conjonctif sous-jacent. Les cellules ainsi produites s'amassent autour des vaisseaux intestinaux, cheminent le long de ces vaisseaux, s'arrêtent au niveau des bifurcations vasculaires et forment là des amas plus ou moins considérables ; l'un de ces amas est la rate vers laquelle confluent évidemment des cellules venues de tous les points du tractus intestinal.

De là suit que la rate et les cellules lymphatiques ont la même origine, et sont dues à la végétation de l'entoderme. Le rôle de l'entoderme dans l'édification des tissus de l'adulte nous apparaît ainsi de plus en plus grand, puisque de ce feuillet se forment vraisemblablement aussi les premiers rudiments du système vasculaire sanguin. A. PRENANT.

Ein sehr junges menschliches Ei (Un très jeune œuf humain), par KEIBEL (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4, 1890).

L'œuf était enveloppé par la « capsule du fruit » (caduque réfléchie et sérotine) ; la capsule du fruit présentait une cicatrice, telle que Reichert et Kollmann l'ont décrite. Le plus grand diamètre de l'œuf, y compris les villosités, est de 8,5 millimètres. L'œuf est à peu près sphérique, un peu aplati aux pôles, qui sont dépourvus de villosités. Les villosités sont pourvues d'un axe mésodermique non vasculaire et revêtues d'une enveloppe épithéliale à deux assises, symplastiques toutes deux, sans cuticule et sans bordure de cils ; l'assise superficielle est très mince, renfermant des noyaux aplatis parallèlement à la surface.

L'adhérence des villosités au tissu maternel, qui est un plasmodium, ne se fait pas par pénétration des villosités dans les glandes, mais en des points quelconques de la muqueuse utérine. Le contact du tissu maternel paraît irriter les cellules épithéliales du chorion, et principalement celles de la couche superficielle ; celles-ci se multiplient et entourent des îlots de substance maternelle.

Dans l'ébauche embryonnaire on distingue l'extrémité antérieure et l'extrémité postérieure, celle-ci se prolongeant par un pédoncule ventral. A l'embryon pend le sac vitellin, qui à son pôle inférieur adhérait primitivement au chorion par une masse mésodermique non fissurée. Le sac vitellin est limité par un épithélium très net, et renferme un mésoderme riche en vaisseaux. Le pédoncule ventral renferme l'amnios et un canal allantoïdien. L'embryon ne présente pas encore de gouttière médullaire ; il existe par contre une ligne primitive.

Keibel examine, selon les critériums posés par His, la question de savoir si son embryon est normal ou non. Il détermine ensuite la place que peut prendre l'œuf étudié par lui dans l'ensemble des œufs humains observés jusqu'à ce jour.

Il ne croit pas pouvoir expliquer l'occlusion précoce de l'amnios chez l'embryon humain, comme le fait Spee, par une inversion des feuillets comparable à celle des rongeurs. L'occlusion précoce de l'amnios et le mode de formation de l'allantoïde rendent très bien compte de la constitution du pédoncule ventral. A. PRENANT.

Der Processus vaginalis und sein Verhalten... (Canal vagino-péritonéal et son état lorsque la descente du testicule est troublée), par F. BRAMANN (*Archiv f. klin. Chir.*, *XL*, *fasc.* 1, *p.* 137).

D'après Bramann, le faisceau du gubernaculum testis, qui s'insère à l'épine du pubis existerait seul, et les fibres musculaires qu'il contient formeraient le crémaster.

Le canal vagino-péritonéal existe dès le troisième mois sous la forme d'un petit cul-de-sac situé en dehors et en avant du gubernaculum. Jusqu'au sixième mois, il persiste sans augmenter, s'arrêtant toujours à l'aponévrose du grand oblique. C'est seulement à la fin du sixième mois, quand le testicule commence à descendre, que le cul-de-sac péritonéal franchit l'aponévrose du grand oblique. On ne peut pas admettre que la pression du testicule soit la cause de la formation du canal vagino-péritonéal, puisque le canal existe chez la femme. Il faut admettre que la descente du testicule et le canal vagino-péritonéal sont indépendants l'un de l'autre, mais soumis aux mêmes influences. En effet, Bramann a constaté chez des enfants et un adulte dont le testicule droit était resté au devant de l'anneau inguinal externe que le cul-de-sac séreux se prolongeait jusqu'au fond des bourses. Ces faits expliquent les cas où la descente du testicule se produit brusquement à la puberté. Dans les cas d'ectopie, le canal vagino-péritonéal reste plus ou moins complètement ouvert, et dans la majorité des cas, il survient quelque complication (hydrocèle, hernie). Pour ce qui est des variétés rares de hernie, Bramann semble admettre que la hernie propéritonéale est le plus souvent secondaire (détachement du collet du sac), tandis que la hernie interstitielle serait liée à une anomalie congénitale (imperforation de l'anneau inguinal externe). Quant aux hypothèses de Meinhard Schmidt sur l'insertion vicieuse du gubernaculum et l'excès de longueur du canal inguinal, rien ne les justifie. PIERRE DELBET.

Das Giraldes'sche Organ nach Untersuchungen an Kaninchen, Hunden und Katzen (L'organe de Giraldès chez le lapin, le chien et le chat), par A. CZERNY (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXIII*, 1889).

La régression de la partie urinaire du corps de Wolff se fait si lentement que l'on en trouve d'importants vestiges pendant les six à huit premières semaines après la naissance, et qu'il en subsiste encore une portion chez l'animal adulte. Ces vestiges sont disséminés tout le long des artères spermatiques (ou ovariennes) sous forme d'amas plus ou moins volumineux; le plus considérable de ceux-ci répond à la terminai-

son de l'artère spermatique avant son entrée dans la glande génitale.

Ces vestiges comprennent des tubes dont la taille varie de 50 μ à 4 millimètres, tortueux ou rectilignes, régulièrement calibrés ou moniliformes, et des glomérules de Malpighi. Ceux-ci disparaissent les premiers sans rien laisser à leur place. La constitution des tubes et des glomérules est, avant qu'ils n'entrent en régression, la même que dans le corps de Wolff adulte. L'atrophie débute par la transformation conjonctive du peloton glomérulaire, qui disparaît; en même temps, on voit apparaître dans la lumière des tubes des éléments en voie de régression que l'auteur considère comme des globules sanguins, blancs et rouges, émigrés des vaisseaux au niveau du glomérule. Les cellules épithéliales elles-mêmes se remplissent de grains pigmentaires, tombent dans la lumière du tube ou s'isolent dans le stroma ambiant, et y forment de petits amas colorés en jaune plus ou moins foncé sur la destinée exacte desquels on est mal renseigné. Sont-ils résorbés par les voies lymphatiques, ou subissent-ils une transformation graisseuse? En tous cas, à un moment donné, l'organe de Giraldès disparaît sans laisser de traces.

A. NICOLAS.

Bemerkungen über die Entwicklung des Genitalsystems (Remarques sur le développement du système génital), par JANOSIK (*Sitz. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien., Band XCIX*, 1890).

Relativement à l'origine ectoblastique du canal de Wolff, c'est au plus si chez le poulet l'auteur a vu sur une très faible étendue des connexions entre ce canal et l'ectoblaste. Le canal n'est nullement uni en arrière à l'ectoblaste, comme van Wyhe l'a soutenu pour les sélaciens. Le canal de Müller dérive d'une invagination péritonéale. Il est accolé au canal de Wolff, mais en est indépendant ; il se termine en arrière par un cordon de cellules irrégulièrement disposées. Deux fois seulement, chez le poulet, l'auteur a cru trouver le canal de Müller et le canal de Wolff dans les relations génétiques qu'ont indiquées Balfour et Sedgwick.

La capsule surrénale se forme par prolifération de l'épithélium du cœlome sur la face interne du corps de Wolff, tout contre le mésentère, et non pas seulement, comme le veut Mihalkovics, en une région située au-dessus de la glande génitale, mais encore à la hauteur de l'extrémité supérieure, et même sur toute la longueur de cette dernière. L'union de la capsule surrénale avec les cordons segmentaires (cordons sexuels) n'existe pas dans les premiers stades du développement, et par conséquent au niveau de la partie antérieure de la glande sexuelle. Mais elle s'établit plus tard, quand la glande génitale s'est allongée en arrière, entre la partie distale de la glande et la capsule surrénale.

Relativement à la formation de la glande génitale chez le poulet, Janosik maintient sa première opinion et soutient, contre celles qui font naître les cordons sexuels soit par autodifférenciation, soit aux dépens des canalicules wolffiens, l'origine de ces cordons dans l'épithélium germinatif. Quant à la distinction des sexes dans la glande génitale du poulet, fondée sur la grandeur de la glande à droite et à gauche et sur la puissance de l'épithélium germinatif, elle n'est pas possible avant que la différenciation histologique se soit faite, car le testicule gauche

est, tout comme l'ovaire, plus gros que le droit chez le poulet, et l'épithélium germinatif n'est pas plus épais chez le mâle que chez la femelle.

Janosik a suivi le développement de l'ovaire. Il se fait grâce à une prolifération secondaire de l'épithélium germinatif, de laquelle dérivent les tubes de Pflüger, tandis que les cordons sexuels, étouffés par cette nouvelle prolifération, s'atrophient. L'ovaire droit entre en régression avant que cette nouvelle poussée cellulaire se soit faite ; par conséquent la régression ne porte pas sur un ovaire caractérisé, mais seulement sur les cordons sexuels d'une glande génitale indifférente ; ceux-ci s'atrophient, tandis que l'épithélium germinatif devient tout à fait plat.

Dans le développement du testicule, on observe de même une différence entre le côté gauche et le côté droit, l'épithélium germinatif étant plus élevé à gauche qu'à droite. Cet épithélium ne prolifère que d'une faible manière et çà et là seulement dans les stades déjà avancés du développement de la glande. Il résulte de là que le testicule droit et l'ovaire droit sont semblables et que le testicule gauche et l'ovaire gauche sont identiques avec leurs cordons épithéliaux sexuels et leur épithélium germinatif épaissi, et ne se distinguent que secondairement lors de la deuxième poussée cellulaire dont l'ovaire persistant est le siège. Les tubes de Pflüger ne sont nullement homologues aux canaux séminifères. Ceux-ci correspondent aux cordons sexuels de l'ovaire ; les tubes de Pflüger sont des formations plus tardives.

A la suite de ses recherches sur le développement des glandes génitales chez le poulet, l'auteur fait connaître les résultats que lui ont fournis à ce même point de vue les mammifères.

Il termine par les considérations générales suivantes, sur la signification des différentes parties des glandes sexuelles : si tout se développait, on aurait une glande hermaphrodite, testiculaire dans la profondeur, ovarique à la surface, comme c'est le cas pour nombre d'animaux inférieurs. Mais il ne se forme d'abord que des éléments épithéliaux appartenant à une première prolifération ; si la deuxième prolifération manque à se faire, la glande évolue en un testicule ; si elle se produit, il se fait un ovaire, les cordons épithéliaux de la première prolifération s'atrophiant ou subissant d'autres destinées que celles qui dans le cas d'un testicule en font des canalicules séminifères. Les cellules-mères séminales sont donc des éléments issus de la prolifération primitive de l'épithélium germinatif ; ce sont les plus anciens dans l'ontogénie ; les cellules desquelles dérivent les ovules sont ontogénétiquement les plus jeunes.

A. PRENANT.

I. — **Das Retzius'sche Endstück der Säugetier-Spermatozoën (Le filament terminal de Retzius dans les spermatozoïdes des mammifères), par BALLOWITZ** (*Internat. Monatschrift f. Anat. u. Phys., Band VII, Heft* 6, 1890).

II. — **Untersuchungen über die Structur der Spermatozoen (Recherches sur la structure des spermatozoïdes) poissons, amphibiens, reptiles, par BALLOWITZ** (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXVI*, 1890).

III. — **Untersuchungen über die Struktur der Spermatozoen... (Recherches sur la structure des spermatozoïdes, Contribution à l'étude de la structure in-**

terne des éléments contractiles. Les spermatozoïdes des insectes), par BALLOWITZ (*Zeitsch. f. wiss. Zool.*, 1890).

I. — On sait depuis Schweigger-Seidel que la queue du spermatozoïde comprend deux parties successives : la « pièce intermédiaire » (à la tête et à la queue) et la « pièce principale ». Retzius montra que cette dernière se termine elle-même par un filament beaucoup plus mince et assez court qui fut appelé « pièce terminale » (filament terminal). V. Brunn fit voir que la pièce terminale n'est que l'extrémité libre d'un filament axile, qui dans les parties intermédiaire et principale est entouré d'une gaine ; de là la grande minceur de la pièce terminale et la dépression subite qu'on observe sur la queue à l'union de cette pièce et de la pièce principale. Plusieurs auteurs ont constaté l'existence du filament de Retzius, mais sans faire connaître sa structure. Ballowitz, qui a déjà fait connaître (XXXIII, 411) la composition du filament axile des pièces intermédiaire et principale au moyen de fibrilles très fines, montre ici que le filament terminal est aussi constitué par deux, trois ou quatre fibrilles extrêmement fines, visibles sur des spermatozoïdes en suspension dans la solution physiologique de sel marin, puis fixés par les vapeurs d'acide osmique, enfin colorés au violet de gentiane. Le filament terminal est d'ailleurs une formation très fugace, qui est tombée sur des spermatozoïdes examinés 12 heures après la mort. Bien que les fibrilles dont se constitue le filament terminal soient d'une extrême finesse, l'auteur est disposé à croire qu'il se compose en réalité d'un nombre plus considérable de fibrilles plus ténues encore.

II. — C'est une véritable monographie des spermatozoïdes des poissons des amphibiens et des reptiles que l'auteur a publiée pour compléter l'importante série de recherches qu'il a entreprises sur la structure des spermatozoïdes. Le caractère monographique du présent travail s'affirme en effet, en ce que l'auteur ne cherche nullement à rassembler les caractères cytologiques communs aux divers groupes étudiés par lui pour en faire les attributs généraux des spermatozoïdes, pas plus d'ailleurs qu'il ne s'inquiète si les détails qu'il signale dans ces mêmes groupes ont été décrits ailleurs. On peut cependant présenter comme résultat fondamental du travail de Ballowitz la confirmation pour les spermatozoïdes des poissons, amphibiens et reptiles de l'existence d'une structure fibrillaire, propre aux éléments contractiles que l'auteur avait découverte chez d'autres animaux.

1° *Poissons.* — Les spermatozoïdes des sélaciens présentent une queue absolument caractéristique. Au lieu d'être formée par deux filaments, dont l'un est rectiligne et l'autre enroulé en spirale autour du premier, elle est constituée par deux filaments tordus l'un sur l'autre. Chacun de ces filaments se décompose lui-même en fibrilles. Les ganoïdes s'écartent absolument des sélaciens par la forme de leurs spermatozoïdes et se rapprochent plutôt des téléostéens ; la tête est cylindrique, avec une extrémité antérieure, hémisphérique, surmontée d'une petite pointe. La « pièce intermédiaire » est courte, consistant en un filament axile situé au sein d'une masse protoplasmique arrondie, et terminé en avant et en arrière par un bouton. Les spermatozoïdes des téléostéens sont formés d'une tête arrondie, d'une pièce intermédiaire

très courte, d'un filament principal et d'un filament terminal. La tête est plus ou moins excavée à son pôle distal pour loger la plus grande partie de la pièce intermédiaire. Celle-ci est d'ailleurs constituée essentiellement de la même manière que chez les ganoïdes : par un filament axile, par un bouton antérieur plongeant l'un et l'autre dans l'excavation de la tête, par un bouton postérieur en forme d'écuelle qui reçoit le pôle distal de la tête dans sa concavité. Le filament principal présente un filament axile décomposable en fibrilles, et peut offrir un liséré courant le long du filament axile.

2° *Amphibiens urodèles.* — La tête se termine par une pointe constituée d'une substance particulièrement résistante et qui peut elle-même être recourbée en hameçon à son extrémité. Ainsi que Retzius l'avait déjà vu, la pointe se prolonge à l'intérieur de la tête proprement dite sous la forme d'un fin filament que Ballowitz a pu isoler. Cette pointe est formée d'une enveloppe mince, dont fait partie l'hameçon terminal et d'un corps intérieur prolongé dans la tête. La pièce intermédiaire est très courte, entourée d'une gaine qui peut se segmenter irrégulièrement. Le filament axile de la pièce intermédiaire s'attache en avant directement à la tête ; en arrière il se termine par un bouton.

La queue, proprement dite, consiste en un filament principal et une membrane ondulatoire, dont le bord est enroulé en collerette autour du filament principal et épaissi en un filament marginal. A côté du filament principal, il peut se trouver un filament accessoire qui n'atteint ni en avant ni en arrière les extrémités du filament principal. Etudiant la manière dont se comportent à l'extrémité postérieure de la queue les filaments principal et marginal et la façon dont ils s'unissent, l'auteur a vu ce qui suit : chez la salamandre, le filament principal a pour extrémité un filament terminal, qui ne prend pas part à la constitution de l'extrémité postérieure de la queue ; celle-ci est formée par le filament marginal de la membrane ondulatoire. Chez le triton, le filament marginal et le filament principal aminci en un filament terminal s'unissent. Chez l'axoloti, le filament marginal et le filament principal, très atténués, forment ensemble la pièce terminale de la queue ; le premier en constitue la pièce initiale, le second l'extrémité.

Le filament principal est entouré d'une gaine qui peut se segmenter transversalement, sans que l'on puisse dire qu'il s'agisse d'une enveloppe spirale. Le filament accessoire doit être considéré comme un renforcement de cette gaine. Le filament marginal est décomposable en fibrilles ; c'est lui qui est l'agent moteur de la queue.

3° *Reptiles.* — La tête est munie d'une pointe formée d'une substance résistante ; elle est entourée d'une enveloppe qui peut se segmenter. La queue peut être pourvue d'un filament terminal. La pièce intermédiaire est tantôt courte, et alors lisse, ou quelquefois segmentée, tantôt longue, entourée d'une gaine spiralée ; elle se distingue du filament principal de la queue par un « bouton intermédiaire ».

III. — Nous ne pouvons songer ici qu'à dégager de cet important travail les conclusions les plus essentielles. Il existe chez les coléoptères deux types de spermatozoïdes, dont l'un est caractérisé par l'existence d'une « fibre de soutien ». Dans l'un et l'autre type, la « bandelette vibratile » (qui peut se séparer même sur le spermatozoïde vivant de la

fibre de soutien) se fissure longitudinalement (même pendant la vie) en plusieurs fibres, « fibre de la bandelette », « fibre médiane », « fibre marginale », qui sont agglutinées ensemble par une substance cimentante. Ces fibres à leur tour sont décomposables en fibrilles. La structure du spermatozoïde rappelle ainsi celle de la fibre musculaire.

Ballowitz a étudié le mouvement des spermatozoïdes qu'il a essayé de rapporter à leur structure, cherchant qu'elle est la partie du spermatozoïde qui se contracte. Or, sur des zoospermes vivants où la fibre de soutien et la bandelette vibratile se sont isolées, on reconnaît que cette dernière seule est douée de motilité. Bien plus, sur des zoospermes où la bandelette vibratile s'est fissurée, on reconnaît que ses parties constituantes (fibre de la bandelette, fibre médiane) sont également contractiles chacune d'une façon indépendante. En dernière analyse, il résulte de ce travail qu'il existe dans les spermatozoïdes des insectes une structure fibrillaire et que celles-là seules des parties constitutives du spermatozoïde qui possèdent cette structure sont doués de contractilité.

A. PRENANT.

L'apophyse sus-épitrochléenne chez l'homme, par L. TESTUT (*Journal international d'Anat. et de Physiol.*, *t. VI*, 1889).

Après avoir donné l'observation de vingt-deux cas de cette apophyse anormale qui représente, ainsi qu'on le sait, un vestige du pont osseux auquel est due chez beaucoup de mammifères la formation du canal sus-épitrochléen, Testut en dégage une description synthétique et examine successivement l'apophyse sus-épitrochléenne : dans sa forme, dans sa situation, dans ses dimensions et dans ses rapports avec les parties molles qui l'avoisinent, muscles, vaisseaux et nerfs. Il envisage ensuite cette anomalie au point de vue anthropologique, et à cet égard la considère suivant l'âge et le sexe, suivant qu'elle est unie ou bilatérale; puis il recherche son degré de fréquence et rappelle enfin l'observation de Struthers qui démontre l'hérédité de cette éminence osseuse. Dans un dernier paragraphe, l'auteur rappelle la signification anatomique de l'apophyse sus-épitrochléenne chez l'homme. Elle doit, au même titre que les autres anomalies, être considérée comme la réapparition accidentelle, produite sous l'influence de l'atavisme, d'une disposition anatomique constante chez un grand nombre de mammifères. A. NICOLAS.

Recherches anthropologiques sur le squelette quarternaire de Chancelade (Dordogne), par L. TESTUT (*Bullet. de la Soc. d'anthrop. de Lyon*, *t. VIII*, 1889).

Le long et intéressant mémoire que Testut consacre à l'étude du squelette exhumé à Chancelade en 1888 se prête peu à une analyse. La description détaillée de chacun des os mis à jour par les fouilles et leur comparaison avec les os préhistoriques connus sont l'objet de paragraphes distincts. Le crâne, en particulier, qui était relativement bien conservé, est soumis à une analyse critique des plus minutieuses. Le résumé succinct des principales conclusions peut seul trouver sa place ici.

Le squelette recueilli dans la station magdalénienne de Chancelade appartient à un sujet du sexe masculin, âgé de cinquante-cinq à soixante-cinq ans et de toute petite taille, $1^{m},50$ environ. La tête était fortement

dolichocéphale et remarquablement haute; la face très haute et très large ; le maxillaire inférieur puissant; les membres supérieurs relativement longs ; les mains et surtout les pieds de grandes dimensions ; les os robustes, massifs, pourvus d'empreintes musculaires très développées.

Comparé aux races européennes actuelles, l'homme de Chancelade en diffère sur plusieurs points et présente à cet égard des caractères de supériorité (constitution anatomique du crâne dont la capacité dépasse de 100 centimètres cubes celle des crânes actuels, développement du front) et des caractères d'infériorité (développement de la mandibule, aplatissement du tibia, constitution anatomique du fémur, configuration du pied... etc.)

Parmi les races actuelles, celle qui paraît présenter le plus d'analogie avec le troglodyte de Chancelade est celle des Esquimaux de l'Amérique septentrionale. Ils ont, en effet, le même crâne; à peu de chose de près, la même taille, le même indice palatin, le même indice nasal, le même degré de torsion de l'humérus... etc. La découverte de Chancelade apporte donc un appui convaincant à l'opinion d'après laquelle l'homme émigra vers les régions polaires à la suite des espèces animales, du renne notamment, qui à la fin du quaternaire désertèrent nos vallées devenues trop chaudes pour elles, et qui considère les Esquimaux actuels, dont la manière de vivre rappelle les mœurs des troglodytes magdaléniens, comme les survivants des peuplades sauvages qui, à la fin du quaternaire, chassaient le renne dans les vallées du sud-ouest de la France.

A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

I. — On the visual area... (Du centre visuel de l'écorce cérébrale ; ses relations avec les mouvements de l'œil), par Hermann MUNK (*Brain, p.* 45, *avril* 1890).

II. — On associated eye movements... (Mouvements associés de l'œil produits par l'électrisation de l'écorce cérébrale du singe), par W. MOTT et A. SCHÆFER (*Brain, p.* 165, *juillet* 1890).

III. — On movements... (Des mouvements produits par la faradisation du corps calleux chez les singes), par MOTT et A. SCHÆFER (*Brain, p.* 174, *juillet* 1890).

IV. — On bilaterally associated movements... (Des mouvements bilatéraux associés ; relations fonctionnelles du corps calleux et de l'écorce cérébrale), par F. W. MOTT (*Brit. med. j., p.* 1124, 17 *mai* 1890).

I. — Munk rappelle les expériences déjà anciennes qui lui ont permis d'affirmer que les centres visuels corticaux siègent au niveau des lobes occipitaux. Des expériences nouvelles d'extirpations partielles chez

les chiens, alternativement dans les portions antérieures et postérieures de ces lobes, sur chaque hémisphère, confirment ces données et prouvent qu'en opérant de la sorte on peut détruire complètement le centre visuel. Expérimentalement, Sanger Brown et Schæfer sont arrivés aux mêmes résultats : ce dernier auteur a montré que les mouvements associés des yeux se produisent chez les singes par la stimulation, au moyen du courant d'induction, de tous les points de l'écorce des lobes occipitaux. Les deux yeux, invariablement, se tournent du côté opposé aux lobes excités, là où se produit la sensation visuelle. Il faut en conclure que l'aire visuelle d'un hémisphère est en connexion avec la moitié correspondante des deux rétines, les taches jaunes répondant à la partie moyenne de la convexité des lobes occipitaux.

Dans ses nouvelles expériences, Munk produit des mouvements associés des yeux en excitant les circonvolutions occipitales de l'hémisphère opposé : ils regardent en bas si la zone antérieure est excitée, en haut si c'est la zone postérieure. La zone intermédiaire qui commande aux mouvements latéraux est très étroite. Pour provoquer les mouvements de l'œil en haut, il n'est pas nécessaire d'employer un courant aussi fort que pour les autres catégories de mouvements.

Le centre visuel est indépendant du centre des mouvements de l'œil. Un animal aveugle dont les centres visuels sont détruits remue les yeux comme à l'état normal, et réciproquement. Mais les centres visuels sont étroitement reliés aux centres oculo-moteurs par des fibres commissurales, et, en pratique, les deux fonctions s'exercent simultanément : quand on stimule bien exactement la partie médiane des circonvolutions occipitales, on ne provoque pas de mouvements de l'œil, et cependant le centre visuel est bien en ce point, puisque l'extirpation de cette région rend l'animal aveugle.

Trois planches schématiques du trajet de l'aire visuelle corticale traduisent d'une façon saisissante la marche des fibres nerveuses et leur disposition dans la rétine.

II. — Mott et Schæfer étudient successivement les quatre points suivants :

a) Mouvements oculaires associés causés par l'excitation unilatérale du centre cortical du lobe frontal.

Ce centre est connu depuis les expériences de Horsley et de Schæfer. Il s'étend de la circonvolution marginale en haut à la partie inférieure du sillon précentral. Les faits nouveaux apportés par les auteurs sont les suivants. L'électrisation de la partie supérieure du centre moteur de l'œil amène les mouvements du globe oculaire en bas. Celle de la partie inférieure, les mouvements inverses en haut : la partie moyenne est consacrée aux mouvements de latéralité sur un plan horizontal. Des mouvements de rotation de la tête s'associent presque toujours aux mouvements des yeux.

b) Effets de la faradisation bilatérale de l'écorce frontale.

Le résultat invariable est de ramener les globes oculaires à une position fixe : ils sont immobiles, parfois un peu convergents, accommodés vers l'infini. En stimulant les parties similaires supérieurement ou inférieurement, les deux yeux s'immobilisent en regardant en bas ou en haut.

c) Effets de la faradisation bilatérale du centre visuel occipital. Ils sont tout à fait comparables à ceux de l'excitation du centre moteur frontal. L'excitation égale et symétrique des deux centres occipitaux amène la fixation des globes oculaires qui, suivant la localisation des électrodes, regardent en avant, en haut ou en bas.

d) Effets de l'excitation simultanée de la zone visuelle occipitale d'un hémisphère et de la zone motrice frontale de l'autre hémisphère.

Il n'y a pas suppléance exacte de la part des deux ordres de centres : celui de la région frontale l'emporte sensiblement sur l'occipital.

III. — En introduisant deux fins électrodes garnis de paraffine dans la scissure hémisphérique, de façon à exciter la face supérieure du corps calleux, on détermine des mouvements bilatéraux de la tête, du tronc et des membres, suivant le point d'application des électrodes. Ces mouvements sont bien le fait de l'électrisation du corps calleux, et non de la zone motrice corticale, car ils se produisent avec des courants très faibles et font défaut dès qu'on cesse de toucher le corps calleux pour stimuler la face interhémisphérique des lobes cérébraux.

L'excitation du genou du corps calleux détermine des mouvements de la tête et des yeux. Un peu en arrière de ce point, des mouvements de tête, de l'épaule et du tronc : plus loin encore, ceux des avant-bras, des mains, finalement de la queue et des membres inférieurs. Quand l'excitation est trop forte, elle détermine des convulsions épileptiformes.

En sectionnant préalablement un hémisphère, l'excitation du corps calleux ne produit que des mouvements unilatéraux du côté opposé à l'hémisphère resté sain. La transmission motrice est donc croisée dans le corps calleux. Mais il est souvent difficile d'obtenir des résultats précis à cause de la difficulté opératoire et de l'hémorragie qui survient en pareil cas.

Il est remarquable que jamais les auteurs n'ont réussi à provoquer des contractions des muscles de la face ou du larynx. Peut-être l'excitation du bec du corps calleux amènerait-elle ce résultat ; mais pratiquement elle est très difficile à obtenir.

En résumé, ces expériences prouvent que le corps calleux renferme des fibres dont l'excitation détermine des mouvements bilatéraux. Ces fibres sont croisées : elles ne passent pas directement du corps calleux dans la capsule interne, mais se rendent dans l'écorce grise des hémisphères et sont en connexion avec la zone motrice.

IV. — Voici les principaux résultats de ces expériences :

1° L'excitation des centres des mouvements associés de la tête, des yeux et des cordes vocales produit les mêmes effets, que le corps calleux soit intact ou qu'il soit sectionné.

2° L'excitation du corps calleux par des courants d'induction faibles détermine des mouvements bilatéraux localisés dans toutes les parties du corps, suivant la position des électrodes le long de la commissure.

3° L'excitation du corps calleux intact, après l'ablation de la zone motrice d'un côté, produit des mouvements des muscles correspondants de ce côté seulement : ainsi, après avoir détruit le centre du bras dans l'hémisphère droit, l'excitation du corps calleux détermine des mouvements du bras droit, au lieu d'en produire dans les deux bras.

4° L'excitation directe des fibres du corps calleux sur leur section trans-

versale produit des mouvements localisés du côté opposé à l'hémisphère avec lequel les fibres sectionnées sont en connexion.

5° L'épilepsie se produit, soit par l'excitation forte du corps calleux intact, soit par la stimulation directe des fibres sectionnées à l'aide d'un fort courant induit.

Il ressort de ces faits que les fibres du corps calleux semblent être le prolongement direct des grosses cellules de la zone motrice. H. R.

The effect upon the bodily temperature of lesions of the corpus striatum and optio thalamus, par W. Hale WHITE (*The Journal of Physiology, vol. XI, p.* 1).

L'influence du cerveau sur la température du corps a été affirmée par nombre d'auteurs : Brodie, Tscheschichin, Lewisky, Bruck, Gunther, Murri. Eulenberg, Landois, Hitzig, Riegel, Wood, Richet, Aronsohn et Sachs, Ott, Girard, Baginsky. L'auteur reprend l'expérience. Il perfectionne la méthode de trépanation et de lésion de la substance blanche et de la substance grise. Il note les modifications de la température rectale. Il trouve que les lésions localisées à la substance blanche, chez le lapin, ne modifient point la température : il y a échauffement quand le corps strié est atteint. De même pour la couche optique. L'élévation de température est générale et non bornée au côté lésé. C'est une confirmation de faits connus. A. D.

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde (Centre cortical du larynx), par H. KRAUSE (*Berlin. klin. Woch., n°* 25, *p.* 556, 23 *juin* 1890).

Krause a institué sur le chien de nouvelles expériences qui confirment ses antérieures (*R. S. M.*, XXVII, 458), et dont voici les conclusions :

Il existe dans l'écorce du cerveau un centre distinct pour le larynx (circonvolution préfrontale d'Owen) et un centre distinct pour la langue, les lèvres et les mâchoires. La fonction phonétique n'est mise que très exceptionnellement en jeu par l'excitation électrique soit du centre laryngé, soit du centre bucco-lingual. Il n'existe pas de rapport immédiat entre les centres laryngé et bucco-lingual, mais il suffit d'un renforcement modéré de l'excitation pour voir le larynx participer secondairement aux mouvements de la langue et des lèvres. (*R. S. M.*, XXXII, 421.) J. B.

Further observations on the histology and function of the mammalian sympathetic ganglia, par Hale WHITE (*The Journ. of physiol., vol. X, p.* 341).

Le ganglion cervical supérieur de l'homme éprouve des variations de grandeur considérables : il présente des cellules pigmentées atrophiées. Chez l'embryon, ces caractères n'existent point. Chez les mammifères inférieurs et l'homme jeune, les ganglions collatéraux sont fonctionnellement actifs; chez les singes, ils commencent à manifester une dégénérescence qui se remarque aussi chez l'homme adulte. Chez l'homme, la fonction des ganglions latéraux (g. semi-lunaire) persiste pendant la vie adulte et ne disparaît que dans la vieillesse. A. D.

On the progressive paralysis of the different classes of nerve cells in the superior cervical ganglion, par J. N. LANGLEY et W. Lee DICKINSON (*Proceedings of the Royal Society*, *vol. XLVII, p.* 379, 1890).

Les cellules nerveuses du ganglion cervical supérieur sont placées sur le trajet des filets nerveux qui réalisent les sept effets connus de l'excitation du sympathique cervical. Ces cellules sont paralysées par la nicotine. Les auteurs se demandent si elles le sont simultanément ou successivement. Déjà ils ont vu (Langley) que chez le chat les cellules sécrétoires du sympathique cervical sont paralysées plus vite que celles de la corde du tympan. C'est le contraire chez le chien. Enfin les cellules sécrétoires de la corde tympanique sont paralysées avant celles des vaso-dilatateurs.

Les auteurs étudient l'effet de la stimulation du sympathique cervical chez le chien, le lapin et le chat. Ils vérifient les faits annoncés par Dastre et Morat. Puis ils emploient la nicotine et notent chez les différents animaux l'ordre dans lequel disparaissent les effets de l'excitation.

A. D.

Contribution à l'étude de la partie cervicale du grand sympathique envisagée comme nerf sécrétoire, par ARLOING (*Arch. de physiol.*, *n°* 1, *p.* 1, 1890).

1° Le cordon cervical du grand sympathique transporte des filets excito et fréno-sécrétoires destinés aux glandes du mufle et à la glande lacrymale chez le bœuf et la chèvre.

2° Les filets excito-sécrétoires destinés au mufle se rendent dans des points faciles à déterminer et proportionnellement peu étendus, tandis que les filets frénateurs se terminent un peu partout dans la moitié correspondante.

3° Les filets fréno-sécrétoires destinés à la grande lacrymale paraissent beaucoup plus nombreux que les filets excitateurs ; il est impossible de délimiter le domaine de ces derniers du domaine des fibres excito-sécrétoires plus nombreuses qui ont une autre origine.

4° Les filets excito-sécrétoires fournis par le cordon cervical du sympathique ne paraissent pas s'entre-croiser sur la ligne médiane du mufle.

5° L'action de la pylocarpine sur les glandes du mufle subsiste après la perte de l'excitabilité des fibres excito-sécrétoires dans le sympathique cervical.

G. LION.

De l'innervation des glandes parotides chez les animaux domestiques, par MOSSU (*Archives de physiologie*, *n°* 1, *p.* 68, *janvier* 1890).

Il existe des nerfs excito-sécrétoires de la parotide chez le bœuf, le cheval, le mouton et le porc.

Ces nerfs partent de la racine motrice du trijumeau.

Ils forment avec les fibres sensitives des dentaires et du buccal un arc réflexe analogue à celui que forment les fibres sensitives du lingual avec les fibres sécrétoires de la corde du tympan.

Cet arc entre en jeu, non pas sous l'influence de la mastication qui faite à vide reste sans effet, mais à la suite de l'impression réelle des nerfs sensitifs dentaires et buccal, impression qui ne peut avoir lieu

qu'au moment où les aliments sont triturés, tombent hors des arcades dentaires, puis sont repoussés par les mouvements des joues.

L'alternance fonctionnelle qu'on observe pendant la mastication est due à la fatigue musculaire et non à la fatigue glandulaire.

La prédominance sécrétoire exagérée du côté correspondant à la mastication tient à ce que les fibres impressionnables de l'arc sensitivo-sécrétoire sont mises en action avec une énergie beaucoup plus grande que celles du côté opposé.

En dehors des fibres nerveuses vasculaires et glandulaires propres, les nerfs excito-sécrétoires contiennent des fibres sensitives. G. LION.

Contribution à la physiologie des nerfs récurrents, par Ch. LIVON (*C. R. Soc. de biologie*, 31 *mai* 1890).

Les excitations faibles, des récurrents, à dix-huit ou vingt interruptions à la seconde, donnent naissance à des contractions rythmiques des muscles de la glotte avec dilatation. Augmente-t-on l'intensité du courant (courant moyen) sans faire varier le nombre des interruptions, le résultat reste le même. Augmente-t-on au contraire le nombre des interruptions sans changer l'intensité du courant, on produit l'occlusion complète de la glotte.

Si, pendant une même excitation, on fait varier le nombre des interruptions, les effets produits sont différents, même avec des courants intenses; les interruptions lentes produisent des contractions musculaires isolées avec tendance à la dilatation; les interruptions rapides donnent naissance à de l'occlusion avec persistance des contractions musculaires.

Si avec un nombre constant d'interruptions (25 à 30) on fait varier l'intensité du courant, l'occlusion se fait de plus en plus complète.

G. LION.

Ueber den Gehalt des Arterien-und Venenblutes an Trockensubstanz und Fett (Teneur du sang artériel et du sang veineux en substance sèche et en graisses), par F. RÖHMANN et J. MÜHSAM (*Archiv für die gesammte Phys.*, *XLVI*, *p.* 383).

Flügge a établi que les méthodes d'investigation actuelle ne permettent pas de déterminer avec assez de précision la fonction d'un organe par la comparaison du sang afférent et du sang efférent. Néanmoins Bornstein (1887) a conclu de quelques recherches que le sang de la carotide était plus riche en graisse que le sang de la veine-porte, et, en général, le sang artériel plus riche que le sang veineux. Cohnstein et Zuntz ont montré que toute condition qui amène une stase du sang ou une difficulté à son écoulement modifie la composition du sang et discrédite ainsi beaucoup des analyses comparatives du sang veineux et artériel. Les auteurs se mettent à l'abri de l'objection en recueillant le sang artériel et veineux sans interrompre ou gêner la circulation. On peut encore mesurer le nombre des globules ou comparer les résidus secs; on s'assure ainsi qu'il n'y a aucune différence entre les résidus secs du sang artériel et du sang veineux. Les différences sont trop petites pour être saisissables. Une saignée de 50 centimètres cubes chez un chien de 10 kilos suffit pour amener une diminution évidente du

résidu sec. On analyse les graisses du sang afférent et du sang efférent dans la carotide et la veine fémorale; on ne trouve aucune différence appréciable. Ces résultats amènent les auteurs à douter de l'exactitude des déterminations de Chauveau et Kauffmann relativement à la consommation du sucre pendant l'activité du muscle. A. D.

Ueber das Verhalten des Traubenzuckers zu den Eiweisskörpen des Blutes (Manière dont se comporte le glucose en présence des albuminoïdes du sang), par F. SCHENCK (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 607).

Lorsque l'on ajoute du glucose au sang, au sérum ou aux albuminoïdes du sérum, on ne le retrouve pas tout entier après coagulation et filtration. Si on lave le coagulum avec l'eau et l'alcool jusqu'à ce que le filtrat ne contienne plus trace de substance réductrice, que l'on chauffe ensuite le coagulum avec de l'acide chlorhydrique étendu, on retrouve le déficit. Il est probable que le sucre se combine ou se fixe sur les albuminoïdes. A. D.

Sulla genesi dei fenomeni consecutivo alla pressione del fascio nervoso-vascolare del collo, par V. CANTU (*Riforma medica*, *décembre* 1889).

Les phénomènes de ralentissement du pouls, dyspnée, vertiges, perte de conscience, convulsions épileptiformes, qui, dans certains cas, font suite à la compression du triangle carotidien au cou, s'expliquent, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, par la théorie de Murri, c'est-à-dire qu'ils sont dus à un état athéromateux des vaisseaux du cerveau. qui trouble les échanges normaux et fait éclater les accidents lorsque la circulation est légèrement altérée. A. D.

I. — Beiträge zur Hœmodynamik, par K. HÜRTHLE (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 1 *et* 17).

II. — Ueber den Ursprungsort der secundären Wellen der Pulscurve... (Point de départ des ondes secondaires de la courbe du pouls), par le même (*Ibidem*).

I. — Ce mémoire comprend les objets suivants: 1. Description d'un nouveau kymographion — 2. Dispositif pour enfumer légèrement et également le papier — 3. Modification du manomètre et son essai dans le cas où l'on veut enregistrer des changements de pression considérables et rapides.

II. — En mesurant l'intervalle entre l'onde primaire et les ondes dicrotiques sur différentes artères, on constate que les ondes secondaires ont une direction centrifuge de même direction que l'onde principale, et qu'en conséquence on doit leur assigner pour lieu d'origine, l'origine même du système artériel. A. D.

Ueber die Erscheinungen des Blutdruckes bei Erstickung (Phénomènes de la pression sanguine dans l'asphyxie), par KONOW et STENBECK (*Skandinavischen Archiv für Physiol.*, *p.* 403, 1889).

Les auteurs opèrent sur le lapin curarisé en suspendant la respiration artificielle dans différentes circonstances : 1° d'abord ils isolent le système vasculaire de ses centres en détruisant la moelle et en sectionnant les nerfs du cou. La pression est basse, le pouls lent. Celui-ci se ralentit davan-

tage par suite de l'asphyxie ; la pression s'élève par des raisons purement mécaniques (S. Mayer et Luchsinger), puis elle baisse d'une manière continue jusqu'à la mort, qui survient après un laps de 1 minute et demie à 3 minutes. L'asphyxie n'a donc pas d'action sur les centres vasculaires périphériques. 2° Le système vasculaire conserve ses connexions avec la moelle seule, les nerfs du cou et la moelle elle-même étant sectionnés assez haut. Les choses se passent d'abord comme précédemment, puis la pression du sang se relève notablement, le pouls s'accélère par suite de l'excitation des centres constricteurs médullaires. Ce phénomène se produit pendant la seconde minute et persiste lors même que l'on rend la respiration. Enfin cette excitation se dissipe, et la pression retombe ainsi que le pouls. La conservation de la moelle a agi pour augmenter la durée d'action du cœur, ce qui s'explique à la fois par les observations de Ludwig, Luchsinger, Dastre et Morat. 3° On détruit la moelle à partir de la deuxième vertèbre cervicale, sans toucher au dépresseur ni au vague. Le pouls diminue de fréquence très rapidement pendant la deuxième minute, puis il reprend lentement son niveau : la pression suit le même mouvement. La conservation du vague, somme toute, paraîtrait avoir contribué à augmenter la durée d'activité du cœur. 4° La moelle est coupée dans la région cervicale, les nerfs du cou conservés. Il n'y a de supprimée que l'activité directe ou réflexe de l'encéphale sur les vaisseaux. Les résultats sont sensiblement les mêmes, que les dépresseurs soient intacts ou non. Il y a chute de la fréquence, accroissement de la pression qui s'abaisse plus tard jusqu'à la mort : en d'autres termes, combinaison des effets des 2° et 3°. 5° Section des nerfs du cou : le système nerveux central est intact. L'innervation totale des vaisseaux est conservée. La fréquence du cœur se maintient pendant la première minute, puis s'abaisse rapidement pendant la seconde minute jusqu'à la mort. Il y a diminution de la pression sanguine. Les centres vasculaires spinaux sont moins excités par l'asphyxie que le centre bulbaire, au moins chez le lapin. La survie du cœur est assez longue. 6° On coupe les dépresseurs et le sympathique. Tout le reste est intact. Diminution rapide dès la seconde moitié de la première minute des battements du cœur. Elle remonte légèrement pour retomber bientôt ; la cessation peut être complète : seconde reprise et chute définitive. En résumé, il y a d'abord excitation du centre vasculaire de la moelle allongée et du centre inhibiteur cardiaque : la pression s'élève et la fréquence du pouls diminue. La diminution s'accentue avec la constriction vasculaire ; la pression baisse. La constriction vasculaire augmente de manière que l'excitation du vague ne puisse la compenser. La pression continue à s'élever, et le pouls s'accentue en dépit de l'effet inhibitoire. Puis l'activité du centre bulbaire vasculaire diminue, tandis que celle du centre inhibitoire cardiaque se maintient, et alors il y a diminution de pression et de fréquence. Alors le centre du vague se fatigue, les centres spinaux vasculaires sont excités : la pression se relève et la fréquence se relève également. Enfin l'activité cardiaque est atteinte : pression et fréquence diminuent, et l'animal meurt, à moins que l'on ne rétablisse la respiration.

7° Enfin, quand tout est intact, même les dépresseurs, la fréquence du pouls diminue, se relève un peu, puis retombe. Cette régularité ne sau-

rait être attribuée qu'à l'action des dépresseurs, puisqu'elle n'a pas lieu dans le cas précédent. Il faut en conclure que ce nerf exerce une action régulatrice sur l'activité du centre du vague et des centres des vaisseaux, c'est-à-dire les battements du cœur et sur la contraction des vaisseaux.

A côté de ce résultat principal, les auteurs signalent comme faits accessoires : une excitation du centre accélérateur et des oscillations de courte durée de la pression sanguine et de la fréquence des battements. Enfin ils déclarent que l'accélération cardiaque qui s'observe fréquemment à la fin de l'asphyxie est due, non pas comme le prétend Klug (1883) à la fatigue de l'appareil terminal nerveux du cœur, mais à la paralysie du centre du vague. A. D.

A method of raising the specific gravity of the blood (Méthode pour augmenter le poids spécifique du sang), par W. HUNTER et J. L. WALKER (*The Journal of physiol.*, *vol. XI*, *p.* 115).

Il s'agit de la transfusion du sang dans le péritoine. Bizzozero et Golgi (1879), Obalinski (1880) ont signalé l'augmentation du nombre des globules : Maas (1881) l'a fixée de un demi à 2 millions et demi par centimètre cube. W. Hunter a trouvé une augmentation de 9 à 40 0/0 dans un intervalle de 1 heure à 6 heures. La raison en serait une augmentation de densité du sang circulant. Le sang injecté est envahi par un nombre considérable de leucocytes. Il se produit des phénomènes de malaise et de choc abdominal plus marqués avec le sang pur qu'avec le sang défibriné. Les auteurs étudient les phénomènes consécutifs à ces injections, l'augmentation du poids du corps en particulier. On note une augmentation de densité du sang qui se maintient assez longtemps (20 jours par exemple). A. D.

Étude du pouls total des extrémités au moyen d'un sphymographe volumétrique, par Fr. FRANCK (*Arch. de physiologie*, *n°* 1, *p.* 118, *janvier* 1890).

L'auteur substitue à l'hydrosphygmographe un sphygmographe volumétrique plus sensible, plus sûr et d'un emploi plus simple et plus rapide.

Les variations du pouls total des extrémités sont étudiées à l'aide de ce nouvel appareil dans l'insuffisance aortique, dans l'effort, pendant la compression veineuse et la compression artérielle, pendant l'élévation du membre à la suite de l'application du froid, d'une stimulation énergique et d'inhalations de vapeur de nitrite d'amyle. G. LION.

Détermination de l'action électromotrice du cœur de l'homme, par Augustus D. WALLER (*Arch. de physiologie*, *n°* 1, *p.* 146, *janvier* 1890).

Il se produit dans l'organisme des variations électro-motrices exclusivement en rapport avec les contractions ventriculaires ; la pulsation des vaisseaux, la contraction auriculaire n'entrent pour rien dans la production de ces effets.

Au début de la systole ventriculaire, la contraction du muscle cardiaque commençant par la pointe, cette pointe devient négative tandis que la base devient positive. A la fin de la systole, la contraction disparais-

sant en dernier lieu à la base, celle-ci devient à son tour négative et la pointe positive.

Etant donné l'axe des ventricules, une perpendiculaire coupant cet axe en son milieu divise la masse cardiaque en deux portions, l'une supérieure droite, l'autre inférieure gauche qui seront toujours au début ou à la fin de la systole dans un état électrique inverse. Si on prolonge cette ligne, on divise également le corps en une partie supérieure droite comprenant la tête, le cou, l'épaule et le membre supérieur droits et une partie inférieure formée du reste de l'organisme. Les deux parties ainsi délimitées répandront électriquement comme les deux portions cardiaques correspondantes.

Ainsi, au début de la systole, la main gauche sera négative et la main droite positive.

Ces résultats sont corroborés par ces faits que, lors de transposition des viscères, les relations électro-motrices des diverses parties sont l'inverse de ce qui existe à l'état normal, et que chez le chat, dont le cœur est médian et a une direction presque verticale, le corps est séparé par une ligne horizontale et non oblique en deux parties dont l'une inférieure (partie inférieure du tronc et membres inférieurs) réagit avec la pointe, et l'autre supérieure (partie supérieure du tronc, membres supérieurs, tête) réagit avec la base. G. LION.

Plethysmographic studies of the human vaso-motor mechanism when excited by electrical stimulation, par H. SEWALL et E. SANDFORD (*The Journal of Phys., vol. XI, p.* 179).

Les organes étudiés ont été le doigt et l'avant-bras. Les excitants électriques de diverses espèces qui ont été appliqués ont donné les mêmes résultats (sauf peut-être le courant continu). Les excitations fortes ont produit une contraction forte et prolongée des vaisseaux sanguins : les excitations faibles ont donné après la contraction une dilatation vasculaire. En excitant le nerf cubital, on a une contraction rarement suivie de dilatation; tandis qu'en excitant directement le doigt, la réaction dilatatrice est la règle. Le courant galvanique interrompu serait plus apte que les courants induits à exciter le système vaso-moteur. Ces effets, en tout cas, sont des effets réflexes provenant de l'excitation des nerfs sensitifs et non des effets directs. A. D.

I. — On the regulation of respiration, par Henry HEAD (*The Journal of physiol., vol. X, p.* 1 *et* 279).

II. — On the innervation of the pulmonary vessels, par J. Rose BRADFORD et Percy DEAN (*Ibidem, vol. X, p.* 153).

I. — Ce travail comprend les chapitres suivants : 1° méthodes d'enregistrement des mouvements respiratoires ; 2° courbes de la respiration normale ; 3° effets de la section des nerfs vagues; 4° effets produits par l'augmentation de durée de l'action normale des vagues ; 5° effets de l'augmentation et de la diminution du volume des poumons ; 6° stimulants qui affectent l'activité du centre respiratoire ; 7° ventilation ou respiration artificielle; 8° pause de l'apnée ; 9° effets produits par le gaz inspiré sur la forme de l'apnée ; 10° l'apnée après la section des

vagues ; 11° sommation des stimulations pendant la ventilation et nature des effets consécutifs ; 12° adaptation respiratoire et phénomènes qui l'accompagnent.

La seconde partie du mémoire expose une théorie de la respiration liée à l'influence de la distension et du retrait du poumon.

II. — Les auteurs mesurent la pression dans la branche gauche de l'artère pulmonaire au moyen d'un manomètre enregistreur. On accède (chez le chien) à ce vaisseau par la région dorsale en réséquant deux ou trois côtes. La pression varie entre 16 et 20 millimètres de mercure. Elle est à peu près constante, au contraire de la pression aortique. On examine d'abord les effets de l'excitation du bout périphérique du splanchnique qui élève la pression aortique considérablement, du simple au double. La pression pulmonaire s'élève très peu. En second lieu, on examine l'effet de l'excitation du bout périphérique de la moelle coupée au niveau de la 7e paire dorsale : même résultat. Même résultat encore lorsque l'on comprime l'aorte thoracique.

Dans une seconde série l'on étudie les effets réflexes. L'excitation de l'extrémité centrale du sciatique coupé élève la pression pulmonaire du 1/18 de l'élévation aortique correspondante. L'excitation du bout central du vague donne une élévation qui est le 1/8 de l'élévation aortique. L'excitation de la partie supérieure de la moelle donne une élévation considérable de la pression aortique, nulle de la pression pulmonaire, ce qui démontre l'existence vers le haut de la moelle d'un mécanisme constricteur des vaisseaux pulmonaires. L'excitation des racines de la 7e paire dorsale à la 3e élève la pression pulmonaire : pour la 2e et la 3e, il y a abaissement. A. D.

Complessivo scambio respiratorie sul Mus, par O. RUGGERO (*Laboratorio di Fisiologia Firenze*, 1889).

Étude des échanges respiratoires avec l'appareil simple de Luciani (1888). De l'air est aspiré à travers un compteur qui en mesure le volume : il est débarrassé de son eau et de son acide carbonique, puis il passe dans un flacon contenant de l'eau distillée, destinée à lui fournir de la vapeur d'eau qu'on appréciera par pesée. Cet air est conduit dans un récipient en forme de cône renversé, à la base duquel on suspend une cage en treillis, à fond solide, destinée à contenir l'animal et à recueillir ses excréments, cage minuscule qui peut être pesée avec précision. Le col du récipient est traversé par deux tubes, l'un qui amène l'air, l'autre qui entraîne les produits de la respiration. Ceux-ci traversent une série de tubes destinés à recueillir la vapeur d'eau et l'acide carbonique. Le rapport $\frac{CO^2}{O}$ a oscillé entre 0,70 et 0,80. L'auteur détermine aussi le rapport $\frac{CO^2}{HO}$, et il constate que ce second quotient est fixe comme le premier. A. D.

Ueber die Ursache der ersten Athembewegungen (Sur la cause des premiers mouvements respiratoires), par Otto ENGSTRÖM (*Skandin. Archiv f. Physiologie, II, p.* 158, 1890).

On trouvera dans ce mémoire un historique très complet des travaux se rapportant aux causes des premiers mouvements respiratoires des

jeunes mammifères immédiatement après la naissance. Actuellement encore les physiologistes sont loin d'être d'accord à ce sujet. Les uns admettent que les centres respiratoires entrent en action au moment de la naissance par voie réflexe, c'est-à-dire à la suite d'excitations sensibles venues de la périphérie (action du froid sur la peau, etc.) et qui leur sont transmises par des nerfs centripètes. Les autres attribuent une importance prépondérante à l'altération de la composition chimique du sang du nouveau-né, qui se produit par arrêt de la circulation placentaire. Ce sang devient en peu d'instants très pauvre en oxygène et très riche en acide carbonique et agit alors comme un excitant puissant sur les centres respiratoires. L'auteur montre que l'interruption de la circulation placentaire suffit à elle seule pour provoquer chez le fœtus du lapin ou du cobaye l'apparition des premiers mouvements respiratoires, tandis que les excitations mécaniques seules ne sont pas capables de les produire. Les excitations des nerfs sensibles constituent cependant un adjuvant puissant pour l'établissement de la fonction respiratoire : ils peuvent jusqu'à un certain point suppléer à l'insuffisance des excitations de nature chimique (vénosité du sang qui baigne les centres respiratoires).

LÉON FREDERICQ.

Mesure des combustions respiratoires chez le chien, par Ch. RICHET (*Arch. de phys.*, *n°* 1, *p.* 17, *janvier* 1890).

La quantité d'acide carbonique expiré étant mesurée à l'aide de la méthode Richet et Hanriot et la surface des animaux mis en expérience étant déterminée d'après la formule de Meeh et Rubner, l'auteur arrive à cette conclusion générale que : La quantité des combustions respiratoires est, chez les divers individus de même espèce, toutes conditions égales d'ailleurs, exactement proportionnelle à l'étendue de la surface tégumentaire.

G. LION.

Zur Physiologie der bronchial musculatur (Sur la physiologie des muscles des bronches), par G. SANDMANN (*Archiv für Physiol.*, *p.* 252, 1890).

Les expériences de l'auteur prouvent que les muscles des bronches sont innervés par deux espèces de fibres nerveuses, des fibres motrices proprement dites et des fibres d'arrêt ou dilatatrices. Ces fibres sont contenues dans le tronc du pneumogastrique. L'excitation faible du bout périphérique de ce nerf produit le resserrement des bronches. L'excitation forte produit leur dilatation. L'effet de rétrécissement s'obtient également par voie réflexe, à la suite d'irritation de la muqueuse nasale ou laryngée. L'inscription des changements de calibre de l'arbre broncho-pulmonaire est obtenue dans les expériences de l'auteur par un tambour à levier relié à la canule trachéale.

LÉON FREDERICQ.

Recherches expérimentales de calorimétrie animale, par C. SIGALAS (*Paris*, 1890).

L'auteur s'est proposé d'étudier, sous la direction de Jolyet (de Bordeaux), dans une même expérience, pour chaque espèce animale, la chaleur dégagée et les gaz de la respiration. Les deux appareils correspondants sont couplés : 1° le premier est un calorimètre d'Arsonval à double serpentin, à air et à eau. Le serpentin à eau est mis en rapport

avec une source de froid compensatrice d'une part et avec un régulateur d'écoulement spécial. Le tube d'écoulement aboutit dans l'appareil inscripteur des quantités d'eau écoulées, qui est, par le fait, un inscripteur des calories dégagées ; 2° l'appareil destiné à la mesure de l'oxygène absorbé est une modification de l'appareil de Regnault et Reiset, perfectionné en ce que l'absorption de l'acide carbonique est plus rapide et que l'animal est extérieur au récipient dans lequel il respire. Des dispositifs spéciaux règlent l'écoulement du gaz, le remplacement de l'oxygène absorbé et l'inscription de ce gaz. Tout cet ensemble ingénieux et, compliqué seulement en apparence, fonctionne régulièrement. Il permet, en résumé, l'inscription graphique et simultanée des calories dégagées et de l'oxygène absorbé.

Si l'on étudie la radiation calorifique chez les animaux de différentes espèces, on voit que les oiseaux absorbent plus d'oxygène et dégagent plus de chaleur que les mammifères. Il n'y a pas de rapport constant entre ces deux quantités. Pour une même espèce, les animaux de petite taille absorbent plus d'oxygène et dégagent plus de chaleur sans qu'il y ait entre les deux grandeurs de rapport constant. Il existe pour le lapin une température optima de radiation calorique à 14 degrés. A partir de ce point la chaleur dégagée décroît, quoique l'oxygène absorbé augmente. Cette température optima est plus basse chez les oiseaux. Chez les lapins rendus fébricitants par injection d'un liquide septique, il y a pendant la période d'hyperthermie à la fois augmentation des calories dégagées et de l'oxygène absorbé. Dans la fièvre, il y aurait donc à la fois, comme le croyait Cl. Bernard, déperdition plus grande et production plus grande de chaleur. A. D.

Zur Physiologie des Flimmersepithel bei Wirbelthieren (Physiologie de l'épithélium vibratile chez les vertébrés), par H. KRAFT (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 196).

Travail entrepris sous la direction de Grützner. L'auteur décrit la méthode employée pour l'observation, l'apparence normale du mouvement vibratoire, l'onde d'excitation, les phases du mouvement isolé, les conditions intérieures de la coordination, l'excitabilité mécanique de l'épithélium, l'excitabilité thermique ; la secousse épithéliale et ses relations avec la condition de l'excitant et avec la coordination, les conditions de l'excitation électrique. Les résultats principaux sont les suivants : le mouvement vibratile s'accomplit sous forme d'une onde qui se propage longitudinalement dans la direction du transport réel. L'épithélium vibratile possède une irritabilité mécanique très prononcée. La coordination des mouvements vibratiles des cellules considérées isolément n'est pas seulement un phénomène extérieur, elle dépend d'une transmission de l'excitation qui est conduite du corps de chaque cellule à celui de la cellule qui suit. L'excitation électrique paraît naître simultanément aux deux pôles. A. D.

I. — Ueber einige physiologische Eigenschaften..... (Sur quelques propriétés physiologiques des muscles à faisceaux minces et à faisceaux épais chez les amphibiens, par K. BONHÖFFER (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 125).

II. — Ein Beitrag zur Chemie der rothen und weissen Muskeln (Contribution à

la chimie des muscles rouges et des muscles blancs), par E. WÖRTZ (*Inaugural Dissertation*, *Tübingen*, 1889).

I. — Ranvier a distingué chez le lapin les muscles rouges et les muscles blancs, dont les propriétés sont différentes. Grützner a généralisé cette vue et a retrouvé les deux espèces de muscles chez d'autres mammifères. Il a retrouvé ces deux variétés chez la grenouille, ne constituant plus, à la vérité, des muscles complets, mais des faisceaux divers dans un même muscle : les uns, faisceaux minces correspondant aux muscles rouges ; les autres, faisceaux épais correspondant aux muscles blancs. Krause (1888) a prétendu que les premiers ne sont autre chose que le jeune âge des seconds. Bonhöffer reprend la question, en étudiant la secousse et le tétanos, l'excitabilité, la rigidité cadavérique des muscles où prédomine comparativement l'une ou l'autre espèce de faisceaux. Il conclut en faveur des idées de Grützner.

II. — La secousse des muscles rouges donne une courbe plus allongée que celle des muscles blancs (Ranvier 1874). Les muscles rouges se tétanisent avec une fréquence moindre des excitations ; ils donnent une amplitude de courbe de contraction bien plus considérable que les blancs (W. Krause et Grützner 1887) ; ils sont saisis par la rigidité cadavérique plus lentement, et ils sont alors plus contractés que les blancs (Bierfreund). Les muscles rouges du larynx restent plus longtemps excitables que les blancs (Chauveau et Grützner 1878). Ils résistent davantage à l'action des poisons (Luchsinger et Neumann) ; ils contiennent relativement plus de myosine (Danilewsky) ; ils produisent moins d'acide pendant la rigidité cadavérique et la contraction active (Gleiss et Grützner). Les muscles blancs, faciles à exciter et à fatiguer, sont soumis à des échanges matériels plus actifs que les muscles rouges, plus paresseux. Il faut noter que le caractère de la couleur est accessoire et quelquefois trompeur ; l'aspect clair ou sombre de la section transversale, l'épaisseur des faisceaux ne permettent pas non plus de distinction sûre. On constate même dans les muscles durcis pour l'examen de coupes transversales qu'un seul et même faisceau se présente aux différents niveaux tantôt avec l'aspect clair, tantôt avec l'aspect sombre.

L'auteur, sous la direction de Grützner, a recherché la teneur en eau des deux catégories de muscles, Ranke ayant observé que certains groupes musculaires sont plus riches en eau, et Danilewsky admettant que ce sont les muscles rouges (chez le lapin). Wörtz vérifie en effet que les muscles lents contiennent plus d'eau que les muscles rapides, lorsque d'ailleurs l'animal était en repos avant la mort. L'inactivité fait perdre plus de poids au muscle rouge qu'au muscle blanc. A. D.

Zur Physiologie der glatten Muskeln (Contribution à la physiologie des muscles lisses) 1° par M. FÜRST (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 367; **2° par W. BIEDERMANN** (*Ibidem*, *p.* 398).

1° Schillbach (1887) a signalé ce fait curieux que lorsqu'on excite par le courant de pile l'intestin il se produit non seulement une contraction permanente au pôle négatif, mais une contraction énergique au pôle positif et qui se propage bientôt péristaltiquement. Biedermann et Sim-

chowitz ont constaté que malgré toutes leurs autres analogies les deux couches musculaires longitudinale et transversale se comportaient différemment : la couche longitudinale suivant la loi de Pflüger, la couche transversale se comportant d'une façon inverse.

L'auteur, élève de Biedermann, a, sur le conseil de son maître, entrepris des recherches analogues sur des vers, sangsue, lombric. Il n'a pas retrouvé les mêmes phénomènes dans l'enveloppe cutanée de ces animaux que sur l'intestin des vertébrés, quoique la disposition musculaire soit la même. Au point d'entrée du courant il ne se produit pas d'excitation; au point de sortie il y a une contraction locale aussi bien dans la couche longitudinale que dans la transversale. Il n'y a pas de propagation péristaltique.

2° Biedermann reprend cette étude. Il conclut qu'il y a accord dans la manière dont se comportent les muscles lisses des invertébrés. En général, la loi de Pflüger sur l'excitation unipolaire se vérifie. A la fermeture, il y a excitation, c'est-à-dire contraction, à la cathode : cette contraction reste localisée, sans propagation. A. D.

Die Aenderung in den Eigenschaffen des Muskelnerven mit dem Wärmegrad (Changement de propriétés du nerf musculaire par la température), par SOBIERANSKI (*Archiv f. Phys.*, *p.* 244, 1890).

Le nerf sciatique d'une grenouille conservée pendant longtemps à la température de 0°, peut être chauffé à + 39° sans que les muscles de la patte correspondante exécutent le moindre mouvement. Si l'échauffement atteint + 40°, on observe au bout d'une ou de plusieurs minutes une excitation manifeste du nerf, se traduisant par des contractions tétaniques des muscles, séparées par de courtes phases de repos. Les contractions augmentent d'abord en durée, puis diminuent graduellement pour disparaître.

De même, un nerf sciatique qui a été exposé pendant quelque temps à une température légèrement inférieure à + 40°, se trouve vivement excité (contractions tétaniques de la patte) si on le refroidit rapidement à 0°.

Le phénomène de l'addition latente d'excitations faibles (insuffisantes quand elles sont isolées) et infiniment plus marqué pour les nerfs conservés à une température élevée (+ 35 à 38°) que pour les nerfs refroidis (+ 5 à 8°). LÉON FREDERICQ.

I. — Muskelarbeit und Stickstoffumsatz (Travail musculaire et consommation d'azote), par P. ARGUTINSKY (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVI*, *p.* 552).

II. — Ueber den Einfluss der Muskelarbeit... (Influence du travail musculaire sur l'excrétion d'urée), par L. BLEIBTREV (*Ibidem*, *XLVI*, *p.* 601).

I. — Une ascension de montagne durant plusieurs heures détermine une augmentation notable de l'excrétion d'azote urinaire pendant au moins trois jours. En partant de l'albumine et en la supposant transformée en urée, on constate que la combustion de cette albumine serait capable de produire 75 0/0 à 100 0/0 du travail dépensé dans l'ascension. Ces résultats concordent avec les vues de Pflüger qui fait de l'albumine la source de la force musculaire.

II. — Ce travail est le complément du précédent. L'auteur compare à l'excrétion d'azote total, l'excrétion de l'urée déterminée par la méthode de l'acide phosphorique. Il détermine également l'azote de l'ammoniaque préformé, par la méthode de Schlœsing. Il y a parallélisme complet entre l'excrétion d'azote et l'excrétion d'urée. A. D.

Ueber Glykogenbildung im künstlich durchbluteten Muskeln (Sur la formation de glycogène dans les muscles soumis à une circulation artificielle), par E. KÜLZ (*Zeits. f. Biologie, XXVII, p.* 236, 1890).

Les deux pattes postérieures d'un petit chien sont séparées et soumises séparément à une circulation de sang défibriné. La patte gauche reçoit du sang auquel on ajoute 1 pour 1000 de dextrose. Immédiatement après la fin de l'expérience, on dose le glycogène dans les deux pattes. Dans plusieurs cas la circulation artificielle du sang chargé de dextrose sembla provoquer une légère augmentation du glycogène des muscles de la patte gauche. LÉON FREDERICQ.

Ueber den zeitlichen Verlauf der Bildung resp. Anhäufung des Glykogens in der Leber und den willkürlichen Muskeln (Sur les différentes phases de la formation ou de l'accumulation du glycogène dans le foie et dans les muscles), par E. HERGENKAHN (*Zeits. f. Biologie, XXVII, p.* 215, 1890).

Le glycogène hépatique disparaît presque complètement chez le poulet après un jeûne de six jours. On en retrouve en moyenne seulement 0gr,041 (0gr,098) par kilogr. d'animal.

On retrouve encore chez le poulet une proportion notable de glycogène musculaire (0gr,053 — 1gr,580 par kilogr.) après un jeûne de six jours.

Si après une période préparatoire d'abstinence, on fait ingérer au poulet du sucre de canne, on constate que le glycogène hépatique augmente rapidement et atteint son maximum d'autant plus rapidement que la quantité de sucre ingérée était plus petite (maximum 12, 16 et 20 heures après ingestion respective de 10, 20 ou 30 grammes de sucre). L'augmentation du glycogène musculaire est plus lente : elle n'atteint une certaine valeur que 12 à 16 heures, et son maximum 20 à 24 heures après l'ingestion de sucre, quelle que soit la quantité de sucre ingérée.

Les maxima de glycogène hépatique et musculaire sont en général proportionnels à la quantité de sucre ingérée. LÉON FREDERICQ.

La pulsation cardio-œsophagienne chez l'homme, par E. SAROLEA (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique, XVIII, p.* 771).

L'auteur rappelle les observations de Rosenthal, Kronecker et Meltzer, Léon Fredericq, Martins, sur les pulsations œsophagiennes, et il signale les différences d'interprétation des auteurs. Il reprend l'étude expérimentale de la question chez l'homme, en enregistrant simultanément avec la pulsation œsophagienne, la pulsation du pouls, et le choc du cœur. Il arrive aux résultats suivants : A chaque pulsation cardiaque, la portion thoracique de l'œsophage chez l'homme est le siège d'une série typique de dilatations et de compressions donnant naissance à des vraies pulsations que la sonde œsophagienne reliée à un tambour à levier peut traduire en graphiques. Ceux-ci sont d'ordinaire notablement plus com-

pliqués que les tracés recueillis par Martins au moyen des mêmes procédés. L'interprétation ne diffère de celle de L. Fredericq, que sur des points secondaires. A. D.

Observations on the composition and flow of chyle from the thoracic duct in man, par Noël PATON (*The Journal of the physiol., vol. XI, p.* 109).

Fistule du canal thoracique à la suite de l'ablation d'un sarcome volumineux à la base du cou. La quantité de chyle des 24 heures est évaluée de 5kg,28 à 7kg,92 pour 100 kilos de poids du corps. L'analyse révèle la faible quantité de matières solides (42 à 57 0/00), la fixité des matières minérales, la faible quantité de matières protéiques et de cholestérine (cholestérine 1,6 ; lecithine 1 ; protéiques 38). A. D.

Einwirkung der Albuminate auf die Nierenthatigkeit (Action des albuminates sur l'activité rénale), par PRIOR (*Zeitschrift für klin. Medicin, XVIII, p.* 22).

L'albumine coagulée du blanc d'œuf, donnée en grande quantité et même exclusivement, n'a pas d'effet nuisible ni sur le rein à l'état sain, ni sur le rein atteint de néphrite. Au contraire cette albumine crue peut, surtout chez l'enfant, provoquer, quand elle constitue l'alimentation exclusive, l'albuminurie. Son usage peut, chez les sujets atteints de néphrite, non seulement augmenter l'albuminurie mais diminuer l'excrétion de l'urée et de la quantité d'urine. Les effets changent d'ailleurs beaucoup suivant la variété de néphrite. Dans la néphrite scarlatineuse l'alimentation avec excès d'albumine crue paraît amener une insuffisance de l'épithélium canaliculaire sans variation notable de la pression sanguine. Dans la néphrite saturnine l'insuffisance porte sur l'ensemble du filtre rénal et la pression sanguine subit une augmentation. Cette augmentation se retrouve à des degrés variables dans la sclérose rénale, la néphrite parenchymateuse chronique, la néphrite par stase sanguine.— Dans la néphrite interstitielle, l'augmentation de l'activité cardiaque ainsi produite exerce une influence qui paraît plutôt favorable sur l'activité du rein. — Les effets thérapeutiques des albuminoïdes sont donc, suivant les formes cliniques, extrêmement dissemblables. Tantôt leur usage au cours d'une néphrite peut amener une amélioration, tantôt il peut rester indifférent, tantôt il est très nuisible, aggravant l'insuffisance rénale et entraînant à sa suite l'urémie et la parésie cardiaque. Mais, d'autre part, à prescrire empiriquement dans tous les cas une alimentation aussi pauvre que possible en albuminoïdes, on s'expose à laisser l'alimentation insuffisante sans profit pour la lésion. C'est donc un régime moyen qui devra être adopté. A. F. PLICQUE.

Bewegungen des Magens, Pylorus und Duodenums (Contribution à l'étude des mouvements de l'estomac, du pylore et du duodenum), par M. J. ROSSBACH (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, p.* 296).

Rossbach a fait de nombreuses expériences sur le chien dans le but d'étudier les mouvements de l'estomac, du pylore et du duodénum. Tant que l'estomac est plein ; c'est-à-dire pendant 4 à 8 heures, on observe des contractions commençant au niveau de sa partie moyenne ; elles produisent un resserrement circulaire assez marqué pour amener un effacement complet de sa lumière. Il se fait un sillon profond qui

s'avance comme une onde vers le pylore pour s'y arrêter net. Le grand cul-de-sac ne prend pas part à ces mouvements péristaltiques; il est plus ou moins contracté sur le contenu de l'estomac, mais il demeure immobile. Le pylore, de son côté, reste hermétiquement fermé pendant toute la durée de la digestion gastrique, c'est-à-dire pendant 4 à 8 heures. Il présente une résistance marquée au doigt introduit par le duodénum. Il s'ouvre lorsque la digestion gastrique s'est effectuée, et alors, sous l'influence des contractions de l'estomac, des jets de liquide sont projetés dans le duodénum. Le pylore est également fermé pendant les périodes de jeûne, l'estomac étant vide. Chose curieuse, les mouvements péristaltiques de l'estomac diminuent beaucoup d'intensité lorsque le duodénum est distendu. De cette façon, le passage du contenu stomacal se trouve réglementé. Les contractions de l'estomac sont excitées par la présence d'un liquide froid (un liquide glacé les diminue au contraire), et le pylore est relâché. Il en résulte que les aliments sont maintenus à un degré de dilution modéré. Les liquides chauds sont, au contraire, résorbés directement par la muqueuse gastrique.

Les mouvements péristaltiques de l'estomac sont sous l'influence du pneumogastrique. L'estomac paraît distendu après la section des rameaux du vague, ou la section de la moelle au niveau de la seconde vertèbre cervicale.

Le duodénum est absolument immobile pendant toute la durée de la digestion gastrique, avant que ne s'ouvre le pylore. On voit à sa surface suinter, d'une façon continue, du suc intestinal; de même il y pénètre constamment, pendant toute cette période, de la bile et du suc pancréatique. Les mouvements péristaltiques du duodénum ne commencent que lorsque va s'ouvrir le pylore, un peu avant que le contenu de l'estomac ne pénètre dans l'intestin. Ce n'est donc pas le contact du liquide acide qui excite les contractions duodénales. Il semble, dit Rossbach, que si le duodénum reste aussi longtemps immobile, c'est pour que le suc intestinal, la bile et le suc pancréatique puissent s'accumuler dans sa cavité, de façon à neutraliser le chyme lorsqu'il sera projeté à travers le pylore. Dans 2 cas de laparotomie, Rossbach a pu constater chez l'homme l'immobilité du duodénum, même lorsqu'on le soumet à diverses irritations. A. MATHIEU.

CHIMIE MÉDICALE.

Sur la toxicité de l'urine pneumonique, par Camille PAVESI (*Broch. Gênes*, 1890).

Pavesi a poursuivi, chez onze malades atteints de pneumonie, des recherches sur la toxicité des urines. Appliquant la méthode de Bouchard, il a essayé de déterminer le coefficient urotoxique dans ces di-

vers cas. Il a obtenu des résultats très différents, non seulement chez le même malade, aux divers jours de la maladie, comme l'avaient constaté Roger et Gaume, mais extrêmement variable d'un malade à l'autre. C'est ainsi que le coefficient urotoxique qui était de 1,143 chez un malade, au début de la maladie, n'était chez d'autres que de 0,420, 0,362 et même 0,190 ou 0,181.

Au cours de la maladie, les chiffres varient dans les mêmes proportions, chez le même individu, présentant des alternatives de hausse et de baisse se répétant plusieurs fois, et n'ayant pas de rapport net avec la marche de l'affection. Ces résultats d'ailleurs ne ressemblent pas à ceux qu'ont obtenus Bouchard, Roger et Gaume.

Pavesi a fait, à titre de contrôle, des recherches sur la toxicité d'une urine normale. Or le coefficient urotoxique a présenté successivement les variations suivantes : 0,319, 0,565, 0,712, 0,588, à peu près en rapport avec ce qui avait été observé pour l'urine des pneumoniques.

En présence de ces résultats si peu d'accord avec ce qui est admis généralement, l'auteur s'arrête aux conclusions suivantes:

1° On ne peut méconnaître la toxicité des urines humaines.

2° La dose à laquelle l'urine donne la mort est en rapport non seulement avec la quantité des substances toxiques qu'elle contient, mais encore avec la résistance plus ou moins grande que les animaux, mis en expérience, offrent au poison. La même urine peut tuer un lapin à des doses de moitié plus faibles que celles qui seront nécessaires pour tuer un autre lapin.

3° Comme nous n'avons pas jusqu'ici de moyens pour évaluer la résistance individuelle des animaux aux substances toxiques, on ne pourrait tirer des injections d'urine chez les lapins, que des données erronées sur la quantité des matériaux toxiques éliminés en un temps donné par les reins.

4° Les animaux, auxquels fut injectée l'urine de pneumoniques, succombèrent en présentant le même tableau symptomatique que ceux qui subirent les injections d'urine normale. A. SIREDEY.

Sur la valeur du précipité d'acide urique obtenu avec la méthode de Pfeiffer dans le diagnostic de la goutte, par FELIZIANI (*Riv. gen. ital. di clinica med.*, *n*os 15-16, *p.* 360, 1890).

D'après Pfeiffer une urine qui, après avoir passé sur un filtre contenant de 0gr,20 à 0gr,50 d'acide urique chimiquement pur, ne présente plus de traces d'acide urique, appartient à un goutteux ou à un malade atteint de lithiase rénale ; chez les sujets sains ou porteurs d'autres maladies, on n'obtient pas une précipitation complète de l'acide urique sur le filtre, à moins que le malade n'ait pris certains médicaments comme le salicylate de soude par exemple. Les expériences de contrôle instituées par Feliziani l'ont amené à formuler des conclusions un peu difrentes ; il dénie toute valeur pathognomonique au signe de Pfeiffer ; en effet, six fois sur quatorze le précipité d'acide urique manquait chez des goutteux, et, d'autre part, il se produisait avec des urines de personnes atteintes de maladies autres que la goutte ou la lithiase rénale.

G. LYON.

Variations de la toxicité urinaire dans l'impaludisme, par ROQUE et G. LEMOINE (*Lyon méd.*, 21 *septembre* 1890).

En examinant les urines de paludiques avant l'accès, les auteurs ont trouvé un coefficient urotoxique normal ou au-dessous de la normale, de 0,130 à 0,200; après l'accès, le coefficient variait de 0,542 à 1,244 et le maximum a été constaté six heures après le début de l'accès, 1,443.

Le sulfate de quinine agit en favorisant et en augmentant l'élimination par les urines des produits toxiques.

Certaines formes pernicieuses, s'accompagnant d'une toxicité urinaire nulle, doivent être sous la dépendance d'altérations des reins et du foie, et le retour de la toxicité urinaire doit être considéré comme d'un bon augure.

A. CARTAZ.

I. — Ueber Stoffwechselstörungen nach Chloroformnarcose (Des troubles nutritifs après l'anesthésie chloroformique), par KAST (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 438, 1890).

II. — Does ether anæsthesia injuriously affect the kidneys? par WEIR (*N. York med. journ.*, *p.* 225, 1 *mars* 1890).

I. — Kast a remarqué, dans l'urine des chiens soumis aux inhalations répétées de chloroforme, une augmentation durable de l'élimination du chlore. Il a analysé, d'autre part, l'urine de 50 opérés chez qui la narcose chloroformique avait duré de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Cette urine chauffée avec la lessive de soude et l'acétate de plomb, fournit un précipité abondant de sulfure de plomb, beaucoup plus copieux que celui qu'on obtient avec l'urine émise avant la chloroformisation.

Or c'est surtout le soufre non oxydé qui augmente dans l'urine ; sa proportion dépasse 20 0/0. Elle passe par exemple de 14,9 à 23,2 ; de 16,6 à 30,8 de 12,5 à 20,8, etc...

L'action prolongée du chloroforme trouble donc les échanges nutritifs.

II. — Weir a étudié la question dans 34 cas. Chez 25 sujets l'anesthésie par l'éther n'a modifié en aucune façon la sécrétion rénale. Chez 9 on a trouvé après l'opération une petite quantité d'albumine, mais 5 de ces sujets avaient préalablement de l'albuminurie : or la proportion d'albumine est restée stationnaire. Chez les quatre autres l'urine a contenu des cellules épithéliales, des leucocytes, quelques cylindres hyalins, tout cela pendant un temps très court. Un des opérés a eu de la glycosurie pendant 48 heures : comme il s'agissait chez lui d'une gastro-entérostomie, l'auteur a supposé que le phénomène était dû à un attouchement du pancréas pendant l'opération. 19 autres opérés ont présenté également des traces de sucre pendant quelques heures. Dans tous les cas on peut incriminer l'intervention chirurgicale même plutôt que l'éthérisation.

L. GALLIARD.

Ueber den Nachweiss von Gallenbestandtheilen im Harn (Recherche des principes immédiats de la bile dans l'urine), par Ad. JOLLES (*Zeitschrift für analytische Chemie, XIX, p.* 402).

Les réactions les plus sensibles pour la recherche qualitative de la bile dans l'urine sont la réaction de Rosenbach et celle de Huppert. Voici comment l'auteur conseille d'opérer :

Réaction de Rosenbach. — On filtre sur du papier blanc une aussi grande quantité que possible de l'urine à examiner ; on dépose ensuite sur le filtre une goutte d'acide nitrique concentré et chargé de vapeurs nitreuses ; enfin, on passe 3 ou 4 fois au-dessus d'un bec Bunsen l'entonnoir qui contient le filtre : on voit apparaître autour de la goutte d'acide un anneau d'un vert clair, dû à la formation de la biliverdine.

Réaction de Huppert. — On mélange 8 ou 10 centimètres cubes d'urine avec le même volume d'un lait de chaux à 1 0/0 ; on agite le mélange et on filtre. On lave le précipité avec un mélange d'alcool et d'acide chlorhydrique étendu, on filtre de nouveau et on fait bouillir la liqueur ainsi obtenue : on voit se produire une coloration d'un bleu verdâtre, même si l'urine ne renferme que des traces de pigments biliaires; la liqueur reste incolore en l'absence de bile.

Dosage approximatif. — On peut obtenir une approximation, suffisante pour la clinique, de la quantité de bile contenue dans une urine, en se basant sur le *chiffre de l'iode* de cette urine. Ce chiffre est donné par l'expression $\frac{g \times 4,292}{s-1}$ dans laquelle g est le nombre de grammes d'iode que fixent 10 centimètres cubes d'urine filtrée et s le poids spécifique de l'urine. Ce *chiffre de l'iode* varie avec la quantité de certains principes normaux de l'urine (acide urique, matières colorantes, produits aromatiques) ; mais, pour les urines normales, il est compris entre 6,5 et 8,1, tandis que pour des urines contenant des quantités appréciables de bile, il s'élève de 9,6 à 17. AD. F.

Der Harn nach Unterbindung der drei Darmarterien (L'urine après ligature des trois artères intestinales), par A. SLOSSE (*Archiv für Physiol.*, *p.* 482, 1890).

Après ligature des trois artères intestinales chez le chien, le rein continue à fonctionner et à fournir une urine à la préparation de laquelle le foie complètement anémié ne peut plus coopérer. L'urine obtenue dans ces conditions est moins abondante qu'à l'état normal et contient beaucoup moins d'urée et d'ammoniaque. Avant l'opération, la moyenne par heure était de 9,5 centimètres cubes d'urine contenant 6,61 0/0 d'urée ; après l'opération, 3,8 centimètres cubes d'urine avec 2,47 0/0 d'urée. L'urine, souvent trouble, contenait de l'albumine et un peu de propeptone (hémialbumose).

Les chiens opérés meurent au bout de quelques heures en présentant des symptômes d'intoxication du système nerveux central notamment de la somnolence et des accès de convulsions analogues à celles qui caractérisent l'empoisonnement par la strychnine. Ces convulsions ne se présentent pas comme on le sait, si au lieu de lier les artères des organes abdominaux, on lie la veine porte. LÉON FREDERICQ.

Ueber Uricacidœmie, par v. JAKSCH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 33, *p.* 741, 1890).

L'auteur a recherché l'acide urique dans le sang de 105 sujets, en recueillant le liquide à l'aide de ventouses scarifiées.

Chez 9 individus sains, pas d'acide urique et pas de xanthine.

Dans les affections du système nerveux, même résultat négatif, mais on trouve constamment de l'hypoxanthine.

Chez 9 typhiques, pas d'acide urique pendant la période fébrile. Pendant la convalescence, un typhique a présenté l'acide urique; même constatation chez un paludéen au stade d'apyrexie. Rien dans le rhumatisme articulaire aigu.

L'uricémie n'existe dans les maladies du foie, de l'estomac et de l'intestin que s'il y a anémie concomitante. Elle s'observe chez les cardiaques, surtout quand ils sont cyanosés. Elle se présente souvent chez les emphysémateux, chez les pleurétiques; elle est constante à la période d'état de la pneumonie.

Dans les maladies des reins (10 cas), on trouve des quantités considérables d'acide urique dans le sang; de même chez les anémiques graves.

On voit donc que les affections fébriles, sauf la pneumonie, ne déterminent pas l'uricémie. Elle existe au contraire chaque fois que le sang est saturé d'acide carbonique, dans la cyanose des cadiaques, par exemple. Elle est donc due à la perturbation des échanges gazeux intrapulmonaires, perturbation qui se produit à un degré élevé dans la pneumonie.

Il faut envisager aussi le rôle des globules rouges qui doivent être les agents de l'oxydation de l'acide urique; quand ils faiblissent (anémies, néphrites) l'uricémie apparaît.

L'auteur ne pense pas que la goutte dépende absolument de l'uricémie. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de l'hypoazoturie au point de vue du diagnostic et du pronostic des affections chirurgicales, par H. HARTMANN et C. GRUNDELACH (*Ann. de gynécol., janvier* 1890).

Les auteurs montrent que chez des cancéreux dont l'état général est bon, la quantité d'urée n'avait pas diminué, que le cancer ne s'accompagnait d'hypoazoturie qu'à la période de dénutrition et que la marche de cette hypoazoturie est exactement parallèle à celle du processus de dénutrition.

L'hypoazoturie n'a d'ailleurs aucune valeur séméiologique, car elle n'accompagne pas seulement la cachexie du cancer, mais encore toutes les cachexies. Elle existe à la suite de métrite, des salpingites, des ulcères chroniques, des fibromes, ainsi qu'on en trouve des observations dans ce travail.

Enfin, dans une observation rapportée par les auteurs, on voit chez un cancéreux, l'hypoazoturie se produire et progresser avec la cachexie. L'hypoazoturie ne fournit donc aucune contre-indication opératoire.

Voici les résultats des examens de la quantité d'urée excrétée chez douze femmes qui ont subi des opérations abdominales graves:

Dans deux cas où on avait constaté de l'hypoazoturie (10 grammes et $7^{gr},65$), la guérison s'est produite sans accident.

Dans les quatre cas où la mort s'ensuivit, l'excrétion de l'urée s'élevait à $14^{gr},68$, à $17^{gr},73$, à 18 grammes, à $20^{gr},68$. Même la malade qui excrétait 18 grammes d'urée par jour, était atteinte de néphrite ancienne et succomba à l'anurie post-opératoire. L'examen de l'urine

dans ce cas a donc été impuissant à faire prévoir les accidents rénaux, cause de la mort.

Les auteurs pensent donc que la valeur seméiologique et pronostique de l'hypoazoturie est d'une minime importance pour le chirurgien. (Voy. *R. S. M.*, XXXV, 448.) PORAK.

Zur Kenntniss des kindlichen Stoffwechsels bei Fieber (Sur les échanges nutritifs chez les enfants atteints de fièvre), par W. PIPPING (*Skandinav. Archiv für Physiologie, II, p.* 89, 1890).

L'auteur a fait chez un certain nombre de jeunes malades atteints de scarlatine, des déterminations d'azote, de phosphates et de chlorures dans les urines et des analyses d'excréments et d'aliments.

Il a constaté qu'en général l'excrétion d'azote est considérablement augmentée pendant la période fébrile, si l'on compare cette quantité d'azote à la quantité d'aliments ingérés. Cependant dans quelques cas l'excrétion d'azote reste normale.

Une alimentation azotée ne provoque pas une augmention de la perte d'azote, lorsque la fièvre est d'intensité modérée. L'utilisation de l'albumine alimentaire est très satisfaisante, parfois même aussi complète qu'à l'état normal lorsque la fièvre n'est pas trop forte.

Il y a une légère diminution de l'excrétion d'acide phosphorique.

LÉON FREDERICQ.

Sur la présence de l'acétone dans la sueur, par L. DEVOTO (*Riv. gener. ital. di clinica medica, n°* 14, *p.* 330, 1890).

L'auteur a recherché l'acétone dans la sueur de différents individus sains ou malades, soumis à l'action de l'étuve sèche. Chez quatre malades (deux paludéens pendant l'accès, un typhique et un diabétique), les réactifs de Lieben et de Legal révélèrent la présence d'acétone dans la sueur ; chez deux convalescents soumis à un régime surtout carné, l'épreuve de Lieben fut positive, celle de Legal négative ; l'urine contenait dans le premier cas 14 milligrammes, dans le second 19 milligrammes d'acétone par litre. La sueur des individus soumis à un régime mixte contient également de l'acétone (le fait fut constaté chez quatre sujets). G. LYON.

Sur la nature du ferment de la fibrine, par W. D. HALLIBURTON (*The Journ. of phys., vol. IX, p.* 229).

Hammarsten a montré que la substance fibrinogène seule était un générateur nécessaire de la fibrine, tandis que la substance fibrino-plastique de Schmidt ou paraglobuline de Kühne, ou sérum-globuline de Weyl n'avait qu'un rôle adjuvant. On sait que les corps étrangers introduits dans un vaisseau favorisent la coagulation, parce qu'ils amènent la destruction des globules blancs et que c'est le produit de désintégration de ces globules qui coagule le fibrinogène : ce produit de désintégration est le fibrine-ferment. Il est ordinairement uni à une matière albuminoïde précipitable par l'acide carbonique (globuline). C'est pour cela que la sérum-globuline (substance fibrino-plastique) n'est jamais exempte de ferment. Gamgee a constaté que ce ferment (extrait du caillot lavé,

traité par le chlorure de sodium à 8 0/0) était insoluble dans l'eau pure, soluble dans l'eau salée, et que toutes les circonstances qui favorisent la précipitation des globulines diminuent son activité. Gamgee pensait que ce fait s'expliquait parce que le ferment était lui-même une globuline ; Lea et Green parce que, sans être une substance albuminoïde, il était entraîné mécaniquement dans la production de la globuline. L'extrait salé du caillot lavé perd de sa faculté coagulatrice par la dialyse. Le sulfate de chaux aide à un haut degré l'action du fibrine-ferment. Quant à l'action de la chaleur, une température de 70° détruirait le ferment d'après Schmidt, Green et Lea : ce serait, d'après Gamgee une température de 58°. La différence tient à ce que les sels, dans ce dernier cas, abaissent le point de coagulation des albuminoïdes. L'élimination plus complète des sels élève le point de coagulation. Halliburton soutient que le fibrine-ferment, préparé par la méthode de Schmidt ou par celle de Gamgee, est une globuline, identique à la *cellulo-globuline* qu'il a découverte dans la cellule des ganglions lymphatiques. Cette substance n'existe pas dans la sérum-globuline du liquide de l'hydrocèle ; elle existe, au contraire, dans la sérum-globuline du sang.

L'auteur signale ce fait que les peptones retardent la coagulation du plasma sanguin dilué ; de même elles retardent ou détruisent l'activité de la ptyaline, et celle de la pepsine; de même pour la coagulation du sang.

Une autre substance albuminoïde, tirée du suc musculaire, le *myosinogène* agit comme la cellulo-globuline. L'auteur admet que la propepsine est aussi une globuline. Le mémoire se termine par un appendice dans lequel est réfutée la théorie de la coagulation proposée par Wooldridge. A. D.

Eine neue Eiweissprobe (Nouvelle réaction de l'albumine), par Ad. JOLLES (*Zeitschrift für analytische Chemie*, *XIX*, *p.* 406).

Si l'on mélange 8 ou 10 centimètres cubes d'urine avec le même volume d'acide chlorhydrique concentré, et qu'on fasse ensuite couler doucement à la surface du liquide quelques gouttes d'une solution saturée de chlorure de chaux, on voit apparaître à la surface de séparation un dépôt blanc, si l'urine à examiner renferme plus de 0,01 d'albumine.

En effectuant comparativement la recherche de l'albumine par l'acide nitrique, réaction qui est encore sensible pour 0,0015 d'albumine, on aura un procédé clinique approximatif de dosage de l'albumine : une urine qui ne donne que la réaction à l'acide nitrique renferme une quantité d'albumine comprise entre 0,0015 et 0,01. Si l'urine donne à la fois les deux réactions à l'acide nitrique et au chlorure de chaux, on l'étendra de son volume d'eau et on recommencera le double essai : si elle donne alors la réaction à l'acide nitrique seul, c'est que sa teneur en albumine est inférieure à 0,005 ; si elle donne à la fois les deux réactions, on l'étendra d'une nouvelle quantité d'eau et on recommencera l'essai jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction négative avec le chlorure de chaux. On aura ainsi une limite supérieure de la quantité d'albumine contenue dans l'urine. AD. F.

Ueber Verdauung von Rind-und Fischfleisch bei verschiedener Art der Zubereitung (Peptonisation de la viande de bœuf et du poisson dans différentes conditions de préparation), par M. POPOFF (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 524).

En étudiant l'action du suc gastrique artificiel sur la viande crue, cuite et fumée, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

La viande de bœuf et la chair de poisson sont plus vite peptonisées lorsqu'elles sont crues, que lorsqu'elles sont cuites ; la peptonisation est d'autant plus lente que l'ébullition a été plus prolongée.

Dans les mêmes conditions de préparation, la viande de bœuf se peptonise plus facilement que la chair de poisson.

Le poisson fumé est plus vite peptonisé que le poisson cru ou cuit; au contraire, le bœuf fumé est plus lentement peptonisé que s'il est cru ou cuit.

La digestibilité relative des différentes chairs étudiées par l'auteur peut être exprimée par les nombres suivants :

Viande de bœuf crue	100
— — bouillie	83,4
— — fumée	71,0
— — fumée et bouillie	60,6
Anguille crue	71,1
— bouillie	68,9
— fumée	91,3
Sole crue	66,8
— bouillie	60,6
— fumée	106,1

AD. F.

Ueber Adenin und Hypoxanthin, par G. BRUHNS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIV, p.* 533-576).

Ce long mémoire contient la description d'un grand nombre de sels de l'adénine et de l'hypoxanthine. Nous nous bornerons à signaler la méthode qu'indique Bruhns pour le dosage simultané de ces deux bases, que l'on rencontre presque toujours simultanément dans la plupart des liquides d'origine animale ainsi que dans les produits du dédoublement d'un grand nombre d'albuminoïdes, et en particulier de la nucléine.

La solution renfermant les deux bases doit être neutre ou légèrement acide. On la traite par un excès d'une solution concentrée de picrate de sodium : il se fait un précipité floconneux d'un jaune clair, de picrate d'adénine $C^5H^5Az^5.C^6H^3O(AzO^2)^3+H^2O$. On le recueille au bout de 15 minutes sur un filtre taré, on le lave à l'eau froide jusqu'à ce que le filtre ne soit plus coloré en jaune, on le sèche à 100° et on le pèse : on ajoute au poids trouvé 0gr,0024 pour 100 centimètres cubes d'eau mère ou d'eau de lavage.

La liqueur d'où on a précipité l'adénine est alors sursaturée par l'ammoniaque, portée à l'ébullition et précipitée par le nitrate d'argent : le précipité, lavé à l'eau chaude jusqu'à ce que les eaux de lavage passent incolores, est séché à 120° et pesé : il est constitué par la combinaison argentique de l'hypoxanthine et a pour composition $C^5H^2Az^4OAg^2+{}^1/_2H^2O$.

AD. FAUCONNIER.

Sur la présence du mercure dans des vers intestinaux expulsés par un syphilitique soumis au traitement mercuriel, par M. ŒLKERS (*Centr.-Bl. f. Bakt. u. Parasit.*, *VII*, *p.* 209, 1890).

Oelkers a eu l'occasion d'examiner deux vers intestinaux (tænia mediocanellata) qui avaient été expulsés par un malade syphilitique, soumis au traitement mercuriel depuis plusieurs mois ; il avait pris 59 grammes de mercure sous forme d'onguent napolitain en frictions.

Le mercure, à l'examen microscopique, apparaissait sous forme de traînées noirâtres, se distinguant avec la plus grande facilité; il semblait s'être déposé sous forme de sels, surtout dans les canaux déférents, dans quelques-uns des canaux afférents et dans les vésicules séminales ; on trouvait aussi une grande quantité de mercure dans la cavité du vagin, tandis qu'il n'en existait aucune trace dans les ovaires et dans les autres organes.

Malgré cette grande quantité de mercure accumulée dans l'organisme de ces vers, leur vitalité ne semblait nullement troublée. W. O.

Notiz zur Chemie des Samens (Note sur la composition chimique du sperme), par C. POSNER (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 497, 1890).

Posner a montré que le sperme contient de la propeptone, reconnaissable à sa précipitation par l'acide nitrique, à la réaction du biuret, etc. Ayant eu l'occasion d'examiner un échantillon de sperme ne contenant pas de spermatozoïdes, il y a constaté également la présence de la propeptone; il en conclut que cette substance se trouve dans la partie liquide du sperme et est indépendante de la présence des éléments figurés du sperme. L. F.

Ueber das Vorkommen des Lanolin im menschlichen Organismus (Sur la présence de la lanoline dans l'organisme humain), par O. LIEBREICH (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXI*, *Heft* 3).

Les recherches de Liebreich montrent que les éthers de cholestérine se trouvent dans les organismes végétaux et animaux et existent dans les tissus qui produisent de la kératine. L'épiderme des plantes est couvert d'une couche de cire, qui est une combinaison d'acides gras et d'alcools gras d'une série élevée. Cette couche de cire protège les fruits et les plantes contre les injures de l'atmosphère. Chez les animaux, on observe également la présence de corps gras protégeant l'organisme. Ce sont des éthers de cholestérine, semblables à la lanoline. En étudiant la peau humaine, les cheveux, le vernix caseosa, la corne, les fanons, les plumes des oiseaux, les piquants du hérisson et du porc épic, le sabot et les châtaignes du cheval, le sabot du mouton, les poils du Bradipus cuculliger, etc., Liebreich en retira des substances grasses renfermant des éthers de cholestérine. Il est à remarquer que la peau qui était imprégnée de ces corps gras n'était pourvue ni de glandes sébacées ni de glandes sudoripares. D'où il résulte que les éthers de cholestérine se développent dans les cellules qui composent les tissus cornés. Par l'analyse du vernix caseosa, il a constaté la présence de la lanoline dans cet enduit qui recouvre la peau des nouveau-nés. ED. RETTERER.

Beitrag zur Kenntniss des Farbstoffes melanotischer Sarkome... (Sur la matière colorante des sarcomes mélaniques, avec remarques sur les propriétés de la substance dite mélanogène de l'urine), par Joseph BRANDL et Ludwig PFEIFFER (*Zeitschrift f. Biologie, XXVI, p.* 349, 1889).

Les auteurs ont analysé plusieurs préparations de matières colorantes noires extraites d'un sarcome mélanique. Le tableau suivant contient les résultats de ces analyses comparés à ceux de plusieurs autres observateurs.

	NENCKI ET BERDEZ.			MÖRNER.		PFEIFFER ET BRANDL.
	Phymatorhusine.	Hippomélanine.		*a*)	*b*)	
C	53.48	53.60	55.61	55.72		53.87
H	4.03	3.88	3.82	6.00		4.20
Az	10.55	10.48	10.87	12.30		10.56
S	10.67	2.84	2.81	7.97	5.90	3.63
Fe	0	0		0.07	0.21	0.52
O	21.27	29.20	26.89	17.94		27.25

Les chiffres de ces analyses semblent indiquer qu'il y a plusieurs pigments noirs confondus jusque dans ces dernières années sous le nom de mélanine.

Les auteurs ont examiné l'urine du malade atteint de sarcome mélanique. Ils y ont rencontré une substance mélanogène, incolore ou peu colorée et fournissant au contact de l'air une matière colorante brune ou noire.

LÉON FREDERICQ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber Blutparasiten (Sur les parasites du sang), par W. KRUSE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXX, Heft* 3, *et Band CXXI, Heft* 2).

Kruse donne le résultat de ses recherches sur les parasites du sang de la grenouille : le plus remarquable de ces parasites est représenté par un protozoaire que Kruse appellerait volontiers *hemogregarina ranarum*, évoluant tout entier dans les hématies de la grenouille. Le stade le plus jeune est représenté par un corpuscule oviforme de 3 à 4 μ de long et de moitié moins large. Il est incolore, mais fixe les matières tinctoriales, sauf en un point où il possède une gouttelette jaunâtre. A côté de ces formes, on trouve d'autres stades ayant même configuration, quoique un diamètre deux à trois fois plus notable. Dans les deux cas, le bleu de méthyle y décèle des granulations se colorant en rouge violet. De ces deux premières formes on passe insensiblement aux parasites « vermiformes », découverts par Gaule. Ceux-ci ont une longueur variant de 10 à 15 μ sur une largeur de 2 à 3 μ; ils sont cylindriques et pourvus de deux extrémités pointues. Ils possèdent la propriété remarquable de quitter le globule rouge, quelques minutes après

le montage de la préparation, et de se mouvoir librement dans le sang.

A la suite de légères inflexions de côté et d'autre, le parasite vermiforme se déplace le bout le plus pointu en avant; mais le mouvement est si lent qu'il lui faut dix heures environ pour sortir du champ du microscope.

Outre ces formes allongées, on en rencontre d'arrondies, susceptibles également de mouvements amiboïdes. Ces dernières sont capables de se diviser et de donner naissance à des spores qui ressemblent de tous points aux stades jeunes du parasite décrits ci-dessus. Kruse pense que les diverses formes susmentionnées ne sont que les diverses étapes évolutives de la même grégarine.

Kruse signale en outre, dans le sang de la grenouille, la présence constante du *trypanosoma sanguinis* de Gruby, et, dans l'intérieur même des globules rouges, l'existence de bâtonnets longs de 2,8 μ et larges de 0,7 μ, qui ne sont que des bactéries.

Dans un second travail, Kruse a étudié l'évolution des parasites du sang chez la corneille (*corvus cornix*). Ce sont des hémogrégarines qui vivent dans les globules rouges du sang. Les formes les plus petites affectent l'aspect de corpuscules de 2 à 3 μ, et présentent des mouvements amiboïdes dans le corps des globules rouges. Plus tard, le parasite grandit et excrète du pigment. En grandissant, il envahit de plus en plus le corps cellulaire de l'hématie.

Il convient de distinguer deux stades dans l'évolution du parasite : le stade amiboïde et le stade vermiforme. Dans ce dernier état, il offre le plus souvent la configuration d'une demi-lune, dont les deux extrémités peuvent se souder ultérieurement.

Kruse signale l'abondance du pigment dans la rate des jeunes corneilles aussi bien dans l'intérieur des vaisseaux que dans les globules blancs.

Enfin, il note la grande analogie de forme et d'évolution des parasites du sang de la grenouille et de la corneille et de ceux de la malaria.

ED. RETTERER.

Ueber Blutgerinnung und Thrombose (Sur la coagulation du sang et la thrombose), par LÖWIT (*Prager med. Wochensch.*, *n*os 11 *à* 13 ; 1889).

L'examen microscopique du sang de l'écrevisse, qui ne contient que des globules blancs, a permis à Löwit de reconnaître que, dans la coagulation, des parties du corps cellulaire des leucocytes se séparent et se répandent dans le plasma environnant; ce phénomène a été nommé plasmoschise. Les parties constituantes du protoplasma se transforment en granulations plus ou moins grosses; ce protoplasma granuleux peut disparaître en grande partie ou même totalement, au point qu'il ne reste plus alors qu'un noyau entouré de substance homogène; néanmoins le leucocyte garde sa vie et ses mouvements amiboïdes.

Le produit de coagulation résultant de la sortie des granulations, présente tous les caractères de la fibrine; il prend d'abord la forme d'une membrane à peu près homogène, et ce n'est qu'ensuite qu'apparaissent les faisceaux de fibrine.

LEFLAIVE.

Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen (Sur la formation des anévrismes vrais), par C. MANCHOT (*Archiv für path. Anat. u. Physiol. Bd CXXI, Heft* 1).

Manchot distingue, au point de vue anatomo-pathologique, deux sortes d'anévrismes : les uns présentent une artériosclérose diffuse, et les autres n'en ont pas. Ces derniers montrent dans la paroi artérielle, deux formes de modifications : 1° la rupture, en un point localisé, des lamelles élastiques de la tunique moyenne, 2° un amincissement progressif de la paroi, déterminé par des ruptures partielles dans les lamelles élastiques.

Les anévrismes à artériosclérose sont le siège des mêmes altérations que les précédents : partout on trouve des déchirures dans les éléments élastiques. Les lésions produites par l'artérite ne sont pas toujours en rapport avec le développement de l'anévrisme, puisqu'elles existent dans des artères qui n'offrent pas trace de dilatation anévrismale. Les endroits le plus récemment atteints dans les anévrismes, sont indemnes d'artériosclérose bien qu'ils présentent des lamelles élastiques dissociées et rompues.

Résumant ses nombreuses observations, Manchot définit l'anévrisme ains

1 L'anévrisme vrai est constitué par une dilatation pathologique du canal artériel : celle-ci se produit, à la suite de la rupture primitive des éléments élastiques de la tunique moyenne ; 2° Les troubles inflammatoires, qu'on observe dans l'anévrisme, sont d'ordre secondaire et n'ont rien à voir avec sa pathogénie ; ils figurent une complication accidentelle ou bien ils sont produits par une irritation locale, due à l'extension progressive de l'anévrisme. ED. RETTERER.

Du sang leucémique, par Gabriel ROUX (*Lyon méd.*, 22 *juin* 1890).

Conclusions : 1° Dans un cas de leucémie, dans lequel la proportion des globules blancs était de 1/8, et dans lequel l'examen simultané des symptômes cliniques et du sang indiquait une forme liénale prédominante avec participation probable de la moelle des os, tous les globules blancs observés pouvaient être rapportés à l'une ou l'autre des variétés du sang normal ; il existait un assez grand nombre de globules rouges nucléés.

2° Les grands leucocytes renfermant, pour la plupart, des granulations éosinophiles, basophiles et neutrophiles et doués de mouvements amiboïdes très obscurs étaient prédominants.

3° Ces éléments étaient particulièrement vulnérables et possédaient un noyau unique volumineux, dans lequel, après coloration au carmin aluné, on voyait la chromatine disparaître graduellement après s'être dispersée et localisée en de certains points (figure de fausse karyokinèse).

Cette altération de la chromatine, qui peut être observée dans de bien moindres proportions dans les leucocytes de la troisième variété du sang normal, existait ici dans quelques globules à noyaux polymorphes.

4° Sur un très grand nombre de préparations il n'a été possible de voir que deux figures de karyokinèse vraie. Par contre, le mode de division des noyaux, décrit par Biondi, a été observé un assez grand nombre de fois.

5° La grande abondance des leucocytes dans le sang du malade parait

être due surtout, mais non exclusivement, à la non-destruction des globules blancs. A. C.

Note sur un fait contribuant à établir l'existence de l'endocardite tuberculeuse, par R. TRIPIER (*Arch. de méd. expér., mai* 1890).

A l'autopsie d'un sujet de 14 ans, mort de tuberculose miliaire généralisée, Tripier a constaté un nodule tuberculeux sur la face inférieure de la valvule mitrale et des lésions d'endocardite sur la face supérieure de cette valvule. C'est, d'après lui, la première observation dans laquelle on trouve notée la présence d'un nodule tuberculeux dans le cœur. L'analogie de structure du nodule tuberculeux et des végétations endocarditiques tendent à prouver que toutes ces productions sont de même nature. Ce fait, ajouté aux faits déjà connus de lésions de même nature dans les veines et les lymphatiques et à la présence plusieurs fois constatée des bacilles de la tuberculose dans l'appareil circulatoire, prouve que le sang peut être en rapport avec des produits tuberculeux sur plusieurs points de son parcours et indique le mode de généralisation de la tuberculose. Il contribue à prouver l'existence d'une endocardite tuberculeuse aiguë, laquelle est à peu près constante, notamment sur la valvule mitrale, dans les cas de tuberculose miliaire généralisée. Certaines endocardites anciennes avec ou sans lésions récentes, ayant ou non donné lieu à une maladie de cœur proprement dite, doivent être également considérées comme de nature tuberculeuse. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den weissen Infarct der menschlichen Placenta (Sur l'infarctus blanc du placenta humain), par Al. FAVRE (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiolog., Band CXX, Heft* 3).

Bien qu'on ait attribué à une périartérite l'origine de l'infarctus blanc du placenta, Favre n'a pas pu constater d'épaississement dans l'adventice des artères; mais il a vu, par contre, la tunique interne des artères tellement hypertrophiée, qu'elle avait oblitéré pour ainsi dire la lumière du vaisseau. La tunique interne présente des tractus conjonctifs à trajet circulaire où les éléments cellulaires sont très abondants.

Quant à l'origine même de l'infarctus, Favre a observé, sur 800 préparations provenant de 5 placentas, la série des transformations subies par le tissu de la caduque pour devenir infarctus blanc : la caduque est le siège d'une prolifération de son tissu aboutissant à la formation de cordons cellulaires. Les cellules jeunes montrent de bonne heure dans leur corps cellulaire et leur noyau, une dégénération hyaline qui constituera la masse de l'infarctus blanc.

Favre note l'absence d'épithélium à la surface des villosités recouvertes de masses fibrineuses. D'après les faits qu'il a observés, voici comment il expose la pathogénie de l'infarctus : les cordons cellulaires, provenant de la caduque, soit des cloisons de celle-ci, soit du chorion, s'avancent pendant leur accroissement le long des villosités et s'insinuent entre leur stroma et leur épithélium. Ce dernier est refoulé ou tombe et le tissu des cordons se met en contact avec le sang maternel. Plus tard, ils subissent la dégénération fibrineuse ou hyaline, mais restent par places recouvertes de masses épithéliales ED. RETTERER.

Sur le transport rétrograde des embolies dans les veines, par BONOME (*Arch. ital. de biol., p.* 22, *décembre* 1889).

Chez un malade atteint de sarcome primitif du corps thyroïde, Bonome a vu le néoplasme s'introduire dans les gros vaisseaux du cou et les remplissant en partie, descendre par l'intermédiaire de la veine cave supérieure jusqu'à l'oreillette droite. De là étaient parties des embolies rétrogrades qui avaient déterminé dans le foie, au pourtour de certains rameaux des veines sus-hépatiques, des noyaux sarcomateux présentant la même structure histologique que le sarcome primitif. Il est probable que dans ce cas le poids spécifique de l'embolie et le ralentissement de la circulation de la veine cave inférieure par suite de la gêne apportée au fonctionnement du cœur étaien la cause de ce trajet rétrograde. C. GIRAUDEAU.

Des anévrismes et des lésions vasculaires tuberculeuses dans les cavernes de la phtisie pulmonaire chronique, par MÉNÉTRIER (*Archiv. de méd. expériment.* 1er *janvier* 1890).

Les artères et veines contenues dans les parois des cavernes tuberculeuses sont le siège d'un double travail pathologique : l'un, non spécifique portant sur leur membrane interne qui s'hypertrophie ; l'autre, spécifique procédant de dehors en dedans.

L'hypertrophie de la tunique interne des vaisseaux amène le rétrécissement de leur lumière et peut conduire à l'oblitération complète de leur cavité.

Mais si le processus spécifique, destructif, procède avec activité, les tuniques artérielles, externe et moyenne, une fois détruites, l'endartère se laisse dilater et forme la paroi d'un sac anévrismal. Celle-ci se double d'un dépôt sanguin subissant des altérations spéciales qui le transforment en une membrane hyaline bien décrite par Meyer.

L'hyaline pourra s'opposer à l'écoulement sanguin si l'endartère est détruite par le processus tuberculeux ; si elle est attaquée à son tour par les bacilles, la rupture de l'anévrisme et l'hémorragie ne tarderont pas à se produire. A. GILBERT.

Observations pour servir à l'histoire du névrome plexiforme amyélinique, par LACROIX et BONNAUD (*Archiv. de méd. expériment.* 1er *mai* 1890).

Ce mémoire repose sur l'étude d'une tumeur de l'épaule, enlevée chez un enfant de 12 ans. Cette tumeur était essentiellement constituée par des cordons nerveux ayant subi pour la plupart une notable hypertrophie due à l'hyperplasie des éléments nerveux eux-mêmes, mais limitée à une seule série de ces éléments, aux fibres de Remak. A. GILBERT.

Zur Kenntniss der Darmveränderungen beim Typhus abdominalis (Lésions de l'intestin dans la fièvre typhoïde), par F. MARCHAND (*Centralbl. f. allgem. Path. und pathol. Anat.*, n° 4, 15 *février* 1890).

Il est de notion classique que l'eschare typhique résulte de la nécrose des plaques de Peyer et des follicules isolés infiltrés. La cause de la nécrose serait la nutrition insuffisante consécutive à la gêne apportée à la circulation par la prolifération cellulaire, et à l'action toxique spécifique du bacille typhique, et aux troubles de nutrition qu'il provoque. Marchand admet qu'il en est ainsi à certains stades de la lésion, mais si

l'on examine des pièces bien conservées on acquiert la conviction qu'il existe un autre processus.

L'eschare serait un exsudat très adhérent, offrant tout à fait le caractère d'une pseudo-membrane croupale, renfermant de nombreux leucocytes, constituée surtout par de la fibrine, et contenant de gros amas de bactéries. La preuve qu'il s'agit d'un exsudat croupo-diphtérique, c'est qu'on retrouve çà et là au-dessous de la fausse membrane l'épithélium conservé.

Les villosités aplaties et plus volumineuses sont aussi parfaitement reconnaissables, principalement dans les parties périphériques.

Parallèlement, on trouve les plaques lymphoïdes, présentant les altérations habituelles bien décrites et montrant par place de petits foyers de nécrose; au début, l'eschare typhique est une lésion diphtéritique, plus tard elle évolue sur le même mode qu'une ulcération tuberculeuse.

Pour continuer le rapprochement avec le processus diphtéritique, Marchand signale l'existence de petits nodules pâles, de nature nécrosique, qu'il a vus dans un cas, dans la rate et les ganglions mésentériques. P. TISSIER.

Beitrag zur Lehre von den traumatischen Leberrupturen (Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du foie), par K. HESS (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXXI*, *Heft* 1).

Hess relate trois cas de ruptures traumatiques du foie : l'un des sujets mourut quelques heures après l'accident; le second survécut deux jours, tandis que le troisième ne mourut que quinze jours après.

L'examen microscopique montra que la rupture du parenchyme hépatique est suivie d'un épanchement de fibrine renfermant des globules rouges et des leucocytes. Plus tard, le sang extravasé se résorbe, en même temps que les cellules hépatiques privées de leur plasma nutritif subissent la nécrose; puis, des capillaires nouveaux se développent au milieu du tissu conjonctif de nouvelle formation, constituant une espèce de tissu cicatriciel.

On observe, dans ce dernier, des cordons cellulaires, de configuration cylindrique, constitués par des cellules rappelant les unes les cellules hépatiques par la forme et les dimensions de leurs corps cellulaires; les autres, par contre, donnent l'impression de l'épithélium des conduits biliaires. Hess a pu établir l'origine de ces cordons cellulaires qui existent dans le tissu cicatriciel : les uns sont en relation avec les travées des cellules hépatiques, tandis que les autres, les plus nombreux, ne sont que le résultat de la prolifération interlobulaire des canaux biliaires. Ce sont donc des stades jeunes dans la formation de nouvelles cellules hépatiques d'une part, et de nouveaux canaux biliaires d'autre part.

Les veines du foie sont le siège de lésions intéressantes : leurs parois sont dilatées en forme de varice ou d'ampoules, ou bien elles sont complètement rompues et écrasées. De plus, on remarque la pénétration des cellules hépatiques dans leur intérieur. Chez les deux premiers sujets, le nombre de ces éléments était peu notable dans le sang, mais, sur le troisième, on trouva des quantités de cellules hépatiques non seulement dans les veines portes et les veines sus-hépatiques, mais encore dans l'appareil circulatoire du poumon. ED. RETTERER.

De la rupture spontanée de l'estomac, par Algot KEY-ABERG (*Nordiskt med. Arkiv, XXII, n.* 10).

A propos d'un cas observé à la suite de lavages de l'estomac, Key-Aberg a fait quelques expériences qui lui ont donné les résultats suivants :

Les ruptures de l'estomac ont toujours le caractère de déchirures.

Elles siègent sur la petite courbure et offrent une direction parallèle à cette petite courbure.

Elles se développent de dedans en dehors à travers la paroi de l'estomac.

La naissance d'une rupture totale est, d'ordinaire, accompagnée de la production d'un certain nombre de ruptures de la muqueuse et souvent aussi de la séreuse. A. CARTAZ.

Die Entstehung der subcutanen Hygrome (Sur la formation des hygromas sous-cutanés), par K. SCHUCHARDT (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol, Band CXXI Heft* 2).

L'examen microscopique de plusieurs hygromas sous-cutanés a convaincu Schuchardt du peu de fondement de l'opinion classique, d'après laquelle ils prendraient naissance aux dépens des bourses séreuses sécrétant par leur paroi interne le liquide séreux. L'hygroma débute par des phénomènes d'irritation dans le tissu conjonctif dont les éléments fixes subissent une hyperplasie qui se manifeste par les caractères suivants : de nombreuses mitoses s'observent dans les cellules conjonctives ; en même temps, leur corps cellulaire prend des dimensions notables, d'où la production de grandes cellules à configuration variable bien que fusiformes la plupart. Plus tard ces cellules se gonflent ; leurs noyaux disparaissent et il en résulte des produits à apparence informe et vitreuse.

Cette néoformation est accompagnée d'une exsudation fibrineuse, qui se dépose soit dans les cellules conjonctives modifiées, soit entre elles ; en tout cas, la masse fibrineuse se trouve dans le tissu même et non point à la surface libre d'un espace ou d'une lacune séreuse.

Dans le premier stade, l'hygroma constitue un nodule, c'est-à-dire une portion indurée du tissu conjonctif, sans cavité quelconque. C'est beaucoup plus tard que l'exsudat se fluidifie, à la suite de la fonte des éléments conjonctifs qui ont gonflé au milieu des masses fibrineuses. Le tissu conjonctif se désagrège en un fin granulé et en un détritus demi-fluide qui reste dans les mailles constituées par la fibrine. De cette façon, l'hygroma acquiert une grande ressemblance avec une tumeur caverneuse. Ensuite, une partie de l'hygroma est résorbée, ce qui détermine la production d'une cavité dont les parois sont tapissées d'une couche fibrineuse. Enfin, la substance d'apparence primitivement gélatineuse qui se trouve dans les mailles se transforme en un fluide séreux et la paroi du kyste s'épaissit et se délimite nettement du tissu avoisinant. ED. RETTERER.

Ueber die Veränderungen der Nervenelemente... (Sur les altérations des éléments nerveux du système nerveux central dans la rage), par M. POPOFF (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXXII, Heft* 1).

L'examen anatomique du système nerveux central d'un homme de

40 ans mort de la rage permit à Popoff de constater les modifications suivantes :

Les fibres nerveuses de la moelle épinière présentent des épaississements en chapelet qui se montrent dans la gaine de myéline. Les cylindres d'axe sont également épaissis et manquent par places de la gaine de myéline. Dans l'encéphale, les modifications de la substance blanche sont les mêmes, bien que moins prononcées. Quant aux cellules nerveuses, elles sont modifiées dans le protoplasma et dans le noyau. Le protoplasma présente un pigment granuleux gris jaunâtre, accumulé à l'un des pôles ou formant une zone circulaire autour du noyau. Ces cellules ainsi altérées avaient une forme arrondie, étaient privées de leurs prolongements cellulaires, et il était impossible d'y apercevoir le noyau ou le nucléole. A côté des cellules précédentes, on observait des amas de granulations pigmentaires, dont la forme rappelait celle des cellules, de sorte qu'il s'agissait là d'une atrophie pigmentaire. Après durcissement dans le sublimé, on voyait les espaces péri-cellulaires notablement agrandis.

Popoff attribue ces altérations à des troubles nutritifs portant sur le noyau et sur le corps cellulaire des éléments nerveux et ayant les caractères d'un processus inflammatoire. Les cellules qui présentaient les altérations les plus marquées sont celles des cornes antérieures de la moelle épinière. ED. RETTERER.

Note sur un squelette atteint d'exostoses ostéogéniques multiples, par PIC (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 *septembre* 1890).

Sur un cadavre, Pic a noté l'existence de 194 exostoses, sans tenir compte de rugosités et d'éminences peu distinctes les unes des autres. Ces exostoses siégeaient de préférence au voisinage des cartilages de conjugaison et étaient plus nombreuses au niveau de l'épiphyse la plus fertile. C'étaient des exostoses ostéogéniques, qui se sont produites par suite d'une altération de développement des cartilages juxta-épiphysaires. OZENNE.

Die angebornen Kiemenfisteln des Menschen (Les fistules branchiales congénitales de l'homme), par K. v. KOSTANECKI et A. v. MIELECKI (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band CXX*, *Heft* 3, *et Band CXXI*, *Heft* 1 *et* 2).

Dans une revue très étendue, accompagnée de nombreuses figures, les auteurs étudient la signification anatomique des fistules branchiales congénitales, ainsi que leurs relations, avec les malformations branchiogènes. Bien qu'on ait signalé et décrit de divers côtés, chez l'embryon humain des fentes branchiales complètes, ils admettent en thèse générale qu'il n'existe que des sillons branchiaux externes et internes, de sorte qu'ils considèrent les fistules congénitales du cou comme ne figurant pas uniquement la persistance des fentes branchiales.

A l'état normal, le premier sillon branchial interne donne naissance à la trompe d'Eustache et à la caisse du tympan, tandis que le premier sillon branchial externe devient le conduit auditif externe.

On ne connaît qu'un cas de fistule complète de la première fente, c'est celui de Virchow où les deux sillons communiquaient par un orifice situé sur la *membrana flaccida*.

Les autres fistules complètes du cou ne prendraient naissance que dans le domaine de la deuxième fente branchiale. Les fistules borgnes internes dériveraient d'un reste du sillon branchial interne ; les fistules borgnes externes ne seraient pas dues à la persistance du *sinus cervicalis ;*

mais ce serait également le sillon branchial *interne* qui les formerait en perforant le sinus cervicalis et en s'oblitérant du côté du pharynx. Le revêtement épithélial et la direction du conduit fistuleux parleraient en faveur de cette interprétation.

La pathogénie des fistules borgnes médianes serait la même que celle des précédentes : en effet, leur extrémité interne serait dans les mêmes rapports avec le pharynx que celui de ces dernières, et leur orifice externe se distinguerait de celui des fistules latérales uniquement par ce fait que le sinus cervicalis eût subi un arrêt d'évolution au niveau de la ligne médiane.

Les tumeurs branchiogènes du cou seraient dues à des germes épithéliaux, que la fermeture d'ailleurs normale de la deuxième fente aurait laissées soit du côté du pharynx, soit du côté du sinus cervicalis.

Les dermoïdes de la région sus-hyoïdienne et de la base de la langue ne seraient pas homologues des tumeurs branchiogènes, mais ils devraient ressortir du domaine mésobranchial.

Les dermoïdes du médiastin antérieur proviendraient d'une soudure de l'entoderme du troisième sillon branchial interne (ébauche du thymus) avec l'ectoderme du sillon correspondant externe.

Les appendices cartilagineux qui accompagnent parfois les fistules ou qu'on rencontre indépendamment de ces dernières, n'auraient pas, aux yeux de Kostanecki et de Mielecki, de rapports morphologiques avec le squelette viscéral ; ils constitueraient, quand ils siègent devant l'oreille, des produits du premier arc, et, lorsqu'ils se trouvent dans la région du cou, des produits du deuxième arc. Ce serait une reproduction hétérotopique de ces mêmes parties qui donne naissance au pavillon de l'oreille.

Les fistules auriculaires congénitales ne seraient pas en relation avec la première fente branchiale : leur origine serait due à des troubles secondaires survenant dans l'évolution de l'oreille externe. Il en serait de même des fistules de la joue et de la lèvre inférieure ; elles proviendraient des modifications également secondaires survenant dans le domaine du premier arc (fistules intrabranchiales).

En terminant, les auteurs donnent, sous forme de tableau synoptique, le résumé des fistules branchiales décrites jusqu'aujourd'hui : un seul cas appartiendrait à la première fente ; toutes les autres fistules complètes seraient dues soit à un vice de fermeture du sinus cervicalis, soit à la persistance du sillon branchial interne s'ouvrant dans le sinus cervicalis. Les fistules borgnes internes seraient des restes du deuxième sillon interne, comme le seraient également les fistules borgnes externes. Quatre cas seulement devraient être ramenés à un trouble survenu dans la fermeture du sinus cervicalis. ED. RETTERER.

Du développement de l'intermaxillaire externe et de son incisive d'après l'examen des cylocéphaliens, par LANNELONGUE (*Archiv. de méd. expériment.*, 1er *juillet* 1890).

Les cylocéphaliens, dont le bourgeon frontal manque ou se trouve isolé et fort loin du maxillaire supérieur, restant cranien en quelque sorte, ont souvent une incisive médiane supérieure double.

Cette incisive double, qui représente les deux incisives externes, est

supportée par un intermaxillaire double comme elle, qui représente aussi les deux intermaxillaires externes.

L'incisive médiane et l'intermaxillaire correspondant proviennent du fusionnement sur la ligne médiane de deux follicules dentaires et de deux points osseux nés sur les bourgeons maxillaires supérieurs. Aussi est-on autorisé à dire qu'une portion de l'os intermaxillaire se forme dans le bourgeon maxillaire supérieur ainsi que l'incisive externe, qui en dépend.

Ces faits établissent, contrairement à ce que l'on admet généralement, que les sutures qui séparent certaines pièces osseuses de la face ne correspondent pas aux fentes qui séparent primitivement les divers bourgeons embryonnaires de cette région du corps. A. GILBERT.

Sulle varietà numeriche vertebro-costali nell'uomo (Variétés numériques vertébro-costales chez l'homme), par TENCHINI (*In-4°, 32 p. Parma*, 1889).

Ce mémoire qui fait suite à des recherches poursuivies depuis quelques années déjà, renferme des observations nouvelles du plus haut intérêt au point de vue de l'anthropologie et en particulier de l'anthropologie criminelle. Sur un ensemble de 80 cadavres dont 41 provenaient des prisons de Parme, Tenchini, rencontra six cas d'anomalie numérique vertébro-costale. Tous, sauf un, se rapportent à des malfaiteurs de diverses catégories. Dans deux cas le nombre des côtes était normal; dans deux autres, il y en avait 26 (24 dorsales + 2 cervicales, 24 dorsales + 2 lombaires); une fois les deux dernières côtes dorsales manquaient; dans la dernière observation, il y avait 24 côtes (22 dorsales + 2 cervicales).

La formule vertébrale variait chez chaque sujet.

On conçoit qu'il nous soit impossible même de résumer ces observations qui sont rapportées avec le plus grand soin et que l'auteur fait suivre de considérations critiques extrêmement intéressantes. A. NICOLAS.

Caso di esadattilia dei piedi, par C. STAURENGHI (*Archivio di Ortopedia. Milano*, 1889).

Après avoir rappelé les diverses hypothèses qui ont été émises pour expliquer la polydactylie, l'auteur décrit un cas d'hexadactylie bilatérale du pied chez un aliéné. Cet individu était en outre hypospade. De chaque côté le segment surnuméraire, comprenant un métatarsien et trois phalanges, était intercalé entre les 4e et 5e métatarsien (celui-ci devenu le 6e) qui étaient à peu de chose près normaux. Le métatarsien surnuméraire était soudé, dans une certaine étendue plus grande à gauche qu'à droite, avec la face externe de la base du 4e métatarsien. Cette anomalie doit être considérée comme le résultat de la bipartition presque complète des noyaux osseux embryonnaires du 4e métatarsien et de ses phalanges et non comme une anomalie réversive ou comme le fait de la persistance d'un état embryonnaire. C'est une pseudo-hyperdactylie. A. NICOLAS.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sulla ghiandola tiroïde ; temperatura dei cani dopo l'estirpazione di quest'organo, par B. UGHETTI (*La Riforma medica*, 4 *octobre* 1890).

Chez les chiens qui survivent quelques jours à la thyroïdectomie, on observe un abaissement graduel de la température, qui est à 2° au-dessous de la normale le jour de la mort; quand les animaux survivent longtemps, l'abaissement de température peut être de 4°. Dans aucun cas, sauf au moment des accès convulsifs, la température ne devient supérieure à la normale. Au cours des accès convulsifs intenses, la température atteint et parfois dépasse de 1° la normale. L'abaissement de température ne paraît pas dû exclusivement à l'inertie musculaire ; peut-être y a-t-il aussi une perturbation des centres nerveux régulateurs de la température. GEORGES THIBIERGE.

Die Veränderungen der Hypophyse nach Entfernung der Schilddrüse (Changements de l'hypophyse après l'ablation de la glande thyroïde), par N. ROGOWITSCH (*Beiträge zur pathologisch. Anatomie und zur allgemeinen Pathol.*, *vol. IV*, *p.* 1).

Chez le lapin, l'hypophyse subit, après l'ablation de la glande thyroïde, des changements considérables qui vont en s'aggravant. Chez les chiens qui survivent, les changements sont analogues. Ils s'expliquent par une suractivité de la glande. La formation de vacuoles dans la substance fondamentale augmente. Le volume et le poids total de la glande ne paraissent pas subir de modifications considérables. Le changement réel consiste dans l'augmentation considérable du volume de la masse protoplasmique qui contient les noyaux, et dans la vacuolisation progressive.

A. D.

Contribution à l'étude de la pathogénie du goitre exophtalmique, par BIENFAIT (*Bull. Ac. de méd. de Belgique*, *n°* 8, *p.* 470 ; 1890).

L'auteur a repris les expériences de Filehne (lésions des corps restiformes) en en précisant le mode opératoire. Il a obtenu des résultats assez variables, mais dont l'ensemble rappelle souvent une partie des symptômes du goître exophtalmique (tremblement et convulsions, hyperémie de la tête, de l'œil et du corps thyroïde, exophtalmie).

Il en conclut que la lésion causale de la maladie de Basedow doit être de nature paralytique et porter sur la bulbe, et plus spécialement sur la région où se trouve le noyau du nerf pneumogastrique; la paralysie de ce nerf n'est pas certaine, quoique quelques faits semblent l'indiquer.

L'exophtalmie serait due à une paralysie de la tunique musculaire des vaisseaux rétro-bulbaires. LEFLAIVE.

Effetti della stenosi sperimentale del piloro, par B. PERNICE (*La Riforma medica*, 3, 4 *et* 5 *septembre* 1890).

Les animaux auxquels on a pratiqué la ligature du pylore tombent dans un abattement prononcé, ils refusent tout aliment solide, ont une soif intense, vomissent tout ce qu'ils prennent au bout de 5, 10, 15 minutes ; les liquides vomis ont une réaction acide, souvent fortement acide, exceptionnellement neutre ou alcaline ; pendant les premières 24 heures, le pouls est faible et fréquent ; la température s'abaisse graduellement à 35° et quelquefois 30° ; l'amaigrissement est rapide et intense, et en 5 jours (durée maxima de la vie) les animaux ont perdu de 35 à 60 pour 100 de leur poids ; il y a une diminution notable de la quantité des urines et quelquefois une anurie complète ; les animaux sont constipés et ont des hémorragies intestinales quelquefois abondantes. La mort survient du 2e au 5e jour par épuisement, tantôt dans le coma, tantôt avec des convulsions. A l'autopsie des animaux, on trouve un amaigrissement général, avec desséchement des tissus, une hyperémie par stase portant surtout sur le tube digestif, un état de vacuité et de contraction de l'estomac et de l'intestin, une entérite mycosique, des ulcérations gastriques dues aux troubles de la circulation veineuse et à l'action du suc gastrique et peut-être parfois à l'anémie par rétrécissement artériel dû à l'action de la ligature pylorique, enfin un ramollissement de l'estomac se produisant probablement dans les derniers moments de la vie.

GEORGES THIBIERGE.

Folgen des Ausrottung der Plexus cœliacus (Sur l'extirpation du plexus cœliaque), par PEIPER (*Zeitsch. für klin. Medicin*, *XVII*, *p.* 498).

Les animaux qui ont subi l'extirpation du plexus cœliaque peuvent survivre des semaines et des mois. Les accidents les plus frappants qu'ils éprouvent sont un amaigrissement et un affaiblissement très marqués, mais ces accidents ne sont parfois que transitoires. Rien dans les expériences n'a justifié l'hypothèse qui fait jouer aux troubles du plexus cœliaque un rôle dans la production du diabète insipide ou sucré. On ne peut non plus amener par cette extirpation ni la production de diarrhées profuses avec atrophie du pancréas, ni l'acétonurie, ni l'albuminurie.

A. F. PLICQUE.

Sulle degenerazioni consecutive al taglio dell radice posteriori, par R. ODDI et U. ROSSI (*Monitore zoologico italiano*, 30 *mars* 1890).

La section des racines postérieures, opérée dans la région lombaire, a eu pour conséquences :

1° Une dégénération des cordons postérieurs plus marquée du côté de l'opération ; moins intense, mais très évidente cependant du côté opposé. Dans la portion dorsale et cervicale, cette dégénération se limite plus spécialement aux cordons de Goll.

2° Outre la dégénération ascendante, on rencontre une dégénération descendante qui se limite au seul cordon postérieur du côté opéré, et à la portion la plus interne du cordon postérieur. A. D.

Recherches sur l'irritabilité des leucocytes et sur l'intervention de cette irritabilité dans la nutrition des cellules et dans l'inflammation, par J. MASSART et Ch. BORDET (*Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 3 février* 1890).

Les leucocytes présentent deux modes d'irritabilité, l'irritabilité tactile et l'irritabilité chimique ou chimiotaxisme. 1° Sensibilité tactile. Aussitôt qu'un leucocyte entre en contact avec un point résistant, son irritabilité est mise en jeu ; il réagit en se mettant en contact avec l'excitant par la plus large surface possible. Les leucocytes en rapport avec le verre du couvre-objet sont aplatis, étalés : ceux qui sont en contact avec la surface libre de la goutte (où la tension superficielle crée un état comparable à celui d'une membrane tendue) poussent des prolongements ou pseudopodes ; si l'on met sur cette surface libre de la goutte un bout de cheveu huilé, la tension diminue, les leucocytes voisins sont arrondis. Ils sont arrondis également au centre de la goutte. Dans leur mouvement, les leucocytes recherchent toujours le maximum de contact. Ceci explique leur pénétration dans les corps poreux (moelle de sureau), leur rôle dans la désagrégation des séquestres osseux, des ligatures de catgut, etc.

2° Sensibilité aux substances chimiques. — On remplit des tubes capillaires aplatis avec le liquide de culture de certaines bactéries (du charbon, surtout le pyogenes albus, etc.). On place ces tubes dans l'abdomen d'une grenouille. Les leucocytes y ont pénétré en masse ; ils sont disposés près de l'orifice à cause de leur sensibilité à l'oxygène (Ranvier) ; le plus grand nombre s'applique étroitement au verre. Ils ont englobé un grand nombre de bactéries. Les tubes identiques, sans bactéries, ne contiennent point de leucocytes. Ceux-ci recherchent les bactéries, non pour elles-mêmes, mais pour les produits qu'elles sécrètent, car ils pènètrent dans les tubes où les bactéries ont été tuées et déposées au fond. Les leucocytes recherchent les produits de désassimilation des cellules lésées ; des expériences comparatives l'établissent. Ces expériences intéressantes sont inspirées par celles de Pfeiffer sur le chimiotaxisme des spermatozoïdes des fougères et des mousses. Les leucocytes sont anesthésiés par le chloroforme chez l'animal anesthésié.

Les auteurs étudient les applications de ces faits à la nutrition et à l'inflammation. Les globules blancs en contact avec la paroi vasculaire s'aplatissent et la traversent : ils cheminent dans les espaces lymphatiques, s'arrêtent attirés par les déchets des cellules fixes ; ils aident ainsi à la régénération des tissus. Dans les cas où des bactéries existent, les leucocytes accourent. Si l'on injecte (Karlinsky) des cultures stérilisées, ils accourent encore, et il se forme des abcès dont le pus se résorbe bientôt : les leucocytes repus se dispersent. Le chimiotaxisme expliquerait le seul point obscur de la théorie de la phagocytose. A. D.

Die Wachsthumsverhältniss... (Le développement de bacilles (staphyloccus, streptoccus, etc., dans le pus du chien privé de germes), par EICHEL (*Archiv f. pathol. Anat., CXXI, Heft* 1).

Par l'injection d'essence de térébenthine sous la peau du chien, Eichel se procura du pus privé de microbes. Le staphyloccus aureus est

capable de vivre dans ce pus pendant cinq jours, au bout desquels il meurt, de sorte que c'est là un terrain impropre à la culture de ce staphylocoque, même lorsqu'on dilue le pus dans de l'eau.

Le bacille du charbon se comporte de la même façon dans les mêmes conditions.

Il n'en est pas de même des streptococcus pyogenes et erysipelatis, qui continuent à vivre dans le pus susdit et à s'y multiplier.

D'autres expériences ont établi que le staphylococcus aureus et le bacillus anthracis ne perdent nullement leur virulence tant qu'ils continuent à former des colonies sur les plaques de gélatine. D'autre part, le streptococcus pyogène conserve toute sa virulence en se multipliant dans le pus du chien. ÉD. RETTERER.

Uber der respiratorischen Gasaustauch im Fieber (Les échanges respiratoires dans la fièvre), par KRAUS (*Zeitsch. für klin. Medicin, XVIII, p.* 184).

La fièvre peut exister sans modifier en rien les échanges respiratoires ni augmenter les processus d'oxydation. — C'est surtout dans les fièvres chroniques chez des malades en état d'inanition partielle que se rencontrent ces fièvres sans action sur le coefficient respiratoire. Dans les fièvres d'infection récente il est bien rare que l'augmentation de l'oxygène consommé dépasse de plus d'un cinquième la quantité normale. Le coefficient respiratoire continue donc à dépendre bien plus de l'état organique du sujet que des variations fébriles. A.-F. PLICQUE.

Recherches sur l'adaptation au milieu chez les infusoires et les bactéries ; contribution à l'étude de l'immunité, par W. M. HAFKINE (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 6, 25 *juin* 1890).

On sait les recherches nombreuses entreprises dans ces derniers temps sur le pouvoir bactéricide des humeurs normales ou pathologiques, vis-à-vis de certaines bactéries. Les auteurs en ont tiré des conclusions souvent contradictoires d'où ressort clairement le caractère contingent de ces données. La diversité des opinions peut s'expliquer (en dehors des erreurs de cause multiple) par ce fait que dans un même milieu, un même microbe peut se comporter d'une façon très différente, suivant l'origine de la semence.

Cette donnée, vérifiée par Hafkine, appelait l'étude de l'adaptation au milieu chez les bactéries.

Avant de s'adresser aux bactéries, l'auteur a fait porter ses recherches sur les infusoires et il est arrivé à cette conclusion, que l'on peut habituer, adapter les infusoires à un milieu dans lequel elles succombent. Il a remarqué que l'état de concentration des milieux n'avait pas d'importance pour l'explication du caractère réfractaire de certains milieux.

Pour ce qui concerne les bactéries, Hafkine a choisi, de préférence à la bactéridie charbonneuse, le bacille typhique, dont le peu de résistance vis-à-vis des humeurs fraiches de l'organisme est bien connu, et qui a l'avantage de posséder dans les laboratoires (grâce à des milliers de générations passées en dehors de l'animal) des caractères et des dispositions fixes.

Pour ce bacille, l'humeur aqueuse exerce une réaction hostile ; une

gouttelette d'humeur aqueuse fraîche, ajoutée à du bouillon peuplé de bacille d'Eberth, arrête leurs mouvements, entrave leur multiplication et amène la mort du plus grand nombre.

En additionnant progressivement de doses graduellement croissantes d'humeur aqueuse pure, les milieux artificiels (bouillon de veau ordinaire et peptonisé) sur lesquels le bacille typhique était acclimaté, Hafkine arriva à une culture capable de se développer dans l'humeur aqueuse pure d'une façon plus abondante et beaucoup plus rapide que dans du bouillon ordinaire, mais par contre, si l'humeur aqueuse perdait ainsi son pouvoir bactéricide, le bouillon devenait bactéricide vis-à-vis du microbe. Il ne s'agirait pas là d'une déchéance, car 1° une culture de bacille typhique récemment emprunté à un malade se développait fort bien dans l'humeur aqueuse, et 2° le développement dans l'humeur aqueuse donne des bâtonnets courts, analogues à ceux qu'on trouve dans l'organisme et non de longs filaments enchevêtrés, comme dans le bouillon. La bactéridie charbonneuse ne donne que des bâtonnets courts dans son milieu naturel et des fils très longs dans le bouillon.

P. TISSIER.

De l'action du suc gastrique sur quelques microbes pathogènes, par I. STRAUS et R. WURTZ (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie path.*, *t. I*, *n° 3*).

Straus et Wurtz ont étudié l'action du suc gastrique du chien, du mouton et de l'homme, sur quelques microbes pathogènes, le bacille de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, du charbon, et la spirille du choléra asiatique. Ils opéraient de la façon suivante : dans un centimètre cube de suc gastrique, contenu dans un tube à essai, on introduit une certaine quantité de la culture pure du microbe pathogène, dont on veut étudier la résistance au suc gastrique. Le tube est porté à l'étuve à 38°. Au bout d'un temps variable, une, deux ou trois heures, on prélève dans le tube une certaine quantité de son contenu, et on vérifie la survie des microorganismes ensemencés, par la méthode des cultures sur plaques ou par l'inoculation.

Les résultats que Straus et Wurtz ont obtenus sont les suivants :

Le bacille de la tuberculose résiste douze heures à l'action du suc gastrique du chien.

Le bacille du charbon, sporulé, ne résiste pas une demi-heure.

Le bacille de la fièvre typhoïde résiste deux à trois heures.

La spirille du choléra asiatique résiste deux heures.

Le suc gastrique n'agit qu'en vertu de son acidité. Des expériences parallèles aux précédentes, faites avec des solutions titrées d'acide chlorhydrique, *sans pepsine*, ont donné les mêmes résultats. A. GILBERT.

Ueber die bacterienvernichtenden Eigenschaften der Milch (Des propriétés bactéricides du lait), par A. P. FOKKER (*Fortschritte der Medicin*, *n° 1*, 1890).

Dans ses recherches, Fokker montre que le lait, comme le sang, possède des propriétés microbicides; mais la pathogénie de ce fait n'est pas encore absolument démonstrative. En tout cas, il est certain que la cuisson enlève au lait une partie de ses propriétés ; en effet, le lait stérilisé bouilli, puis ensemencé avec le ferment lactique, coagule beau-

coup plus vite (24 heures au maximum) que le lait frais. La substance qui semble devoir jouer ce rôle destructeur vis-à-vis des microorganismes ne se détruit du reste qu'après une cuisson du lait quelque peu prolongée; chauffé en effet pendant plusieurs jours, durant une heure, à une température de 70°, le lait se coagule en moins de 24 heures. W. O.

Sur les propriétés chimiotactiques des leucocytes, par G. GABRITCHEWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 6, 25 juin* 1890).

On sait que Pfeffer a désigné sous le nom de chimiotaxie, une propriété particulière des organismes végétaux inférieurs doués de mobilité, qui se manifeste par leur mouvement vers certaines substances ayant sur eux une action chimique. Les leucocytes possèdent ces propriétés. Elles expliquent, en partie, le caractère individuel de la résistance à l'infection, variable suivant les animaux. Les microbes sont des excitants spécifiques des leucocytes qui se laissent attirer à distance par des quantités très petites de produits élaborés par les bactéries. Mais les différents microbes ont, à des degrés divers, la chimiotaxie positive et négative.

Parmi les substances et microbes à chimiotaxie positive, citons : la papayotine, les cultures stérilisées ou non du bacillus anthracis; l'acide lactique, la glycérine, le jéquirity, l'alcool, la quinine, le bacille du choléra des poules ont la chimiotaxie négative ; l'eau distillée, l'acide phénique, l'antipyrine, la phloridyzine, la peptone ont une chimiotaxie indifférente. P. TISSIER.

Contribution à l'étude des phagocytes, par DANILEWSKI (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 7, 25 juillet* 1890).

D. étudie la destruction des hémogrégarines de la tortue et des microbes malariques (hématozoaires) des oiseaux, par les phagocytes.

Les leucocytes de la grenouille englobent les hématies infectées de tortue qui se détruisent rapidement; le parasite résiste plus longtemps (capsule cuticulaire). Les stades jeunes du parasite sont détruits bien plus vite, en raison de l'absence de cuticule.

On retrouve des phénomènes analogues pour les hématozoaires malariques des oiseaux.

Voici les phases de la lutte entre un phagocyte et une hémocyte infectée. A mesure que le leucocyte envahit l'hémocyte, le polinutus s'excapule, déroule ses flagelles, qui se tendent et se meuvent énergiquement du côté non encore envahi par le phagocyte. L'étreinte devenant plus étroite, les flagelles sont pris, ils deviennent immobiles et le parasite disparaît dans la masse protoplasmique du phagocyte, mais résiste encore, quoique entouré de toutes parts comme en témoigne le mouvement intense des granulations à l'intérieur du parasite, mais bientôt ce mouvement cesse et la substance finit par s'assimiler à celle du phagocyte. P. TISSIER.

Contribution à l'étude de la parasitologie du sang, par GABRITCHEWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 7, 25 juillet* 1890).

Gabritchewsky a trouvé dans le sang de la grenouille une forme de parasitisme d'organismes d'origine animale et végétale : tandis que

les Drepanidium envahissent directement les corpuscules rouges, les parasites bactériens attaquent un être amibiforme (peut-être un stade de développement du Drepanidium) indépendant de l'hématie et qui pénètre dans celle-ci en y trouvant une demeure et une nourriture appropriées à son existence. P. TISSIER.

I. — Ueber die im Bacterienkörper enthaltene eiterungerregende Substanz (Sur la substance pyogène contenue dans l'intérieur des bactéries).

II. — Ueber pyogene Wirkung d. Bacterieninhalts (Sur l'action pyogène du contenu des bactéries), par BÜCHNER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 29, 22 *juillet* 1890).

I et II. — Dans ces deux mémoires, Büchner tend à modifier encore les notions, à peine assises, que nous possédons sur l'action des germes sur les tissus. On a admis l'action directe du microbe, puis enfin l'action des substances sécrétées. Büchner tend à revenir à la première théorie, d'une façon, il est vrai, différente des opinions admises jusqu'ici. Le protoplasma des bactéries contiendrait une albumine spéciale directement toxique, ou plutôt irritante, qui mise en liberté par la mort des microbes produirait les lésions attribuées jusqu'ici aux substances sécrétées.

Les recherches actuelles de Büchner ont porté sur 18 espèces différentes de bacilles, mais plus spécialement sur le pneumobacille de Friedlaender. Dans un travail précédent (*R. S. M.*, XXXVI) il a démontré que l'émulsion stérilisée de ce microbe produit la suppuration et la fièvre par injection sous-cutanée. Cette action pyogène et pyrogène est indépendante de toute irritation mécanique et relève d'une substance chimique. Celle-ci n'est ni facilement soluble, ni facilement destructible, résistant à une température de 120° pendant une heure. Elle est contenue dans les cellules, car l'injection de l'émulsion privée de cellules est sans action. Il ne s'ensuit pas d'ailleurs, que dans les conditions physiologiques, cette substance ne sorte pas des cellules, au contraire, il doit arriver un moment où il en est ainsi. Il s'agit là d'une substance faisant partie vraisemblablement du protoplasma bactérien. Elle se rapproche du groupe de l'albumine et de la peptone, et se trouve mise en liberté par la mort des bactéries pathogènes dans les tissus vivants. (Cette mort se produit souvent en masse dans certains processus infectieux, en même temps qu'il se fait une prolifération active en d'autres points). Isolée par la digestion des bactéries dans une lessive de potasse à 0,5 0/0 cette substance a nettement, pour le bacille de Friedlaender, les réactions d'un albuminoïde, que Brieger propose de nommer protéine du pneumo-bacille, et qui se rapproche de l'anthraxprotéine retirée par Nencki et Dyrmont des spores du charbon.

Les solutions à 10 0/0 stérilisées de cette protéine du pneumobacille déterminent l'accumulation de cellules de pus, mais pas toujours, ce qui s'explique alors par la résorption rapide de la substance dissoute.

L'expérience faite avec les tubes de verre de Cohnheim-Councilmann, montre la formation de pus aseptique, aux points d'action de la substance, tandis que les expériences de contrôle avec une solution chlorurée sodique restent négatives.

Aussi Büchner insiste-t-il beaucoup sur l'importance, dans la pathogénie du processus de suppuration (accumulation des leucocytes), de la

mort des bactéries mettant en contact direct avec les tissus des albumines irritantes, parties constituantes du protoplasme bactérien. P. TISSIER.

Einfluss höheren Concentrat. d. Nährmediums auf Bacterien (Influence de la concentration élevée du milieu de culture sur les bactéries), par BÜCHNER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 29, 22 *juillet* 1890).

Comme les humeurs du corps sont à un degré de concentration plus élevé que les liquides nutritifs ordinairement employés, on a pu penser que l'action bactéricide du sérum frais pouvait s'expliquer par le seul fait de sa concentration. Mais le sérum sanguin chauffé à 55° perd son action bactéricide, sans que sa concentration soit modifiée.

En second lieu une solution à 40 0/0 de sucre de canne, pourvu qu'elle contienne de bons matériaux nutritifs, n'exerce, pour ainsi dire, aucune action sur le développement des bacilles de charbon.

L'action bactéricide du sérum ne saurait donc être rattachée à sa haute concentration. P. TISSIER.

Färbungswiderstand lebender Pilzzellen (Résistance des cellules bactériennes vivantes à la coloration), par BÜCHNER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 29, 22 *juillet* 1890).

On sait que la levure de bière et aussi certaines bactéries, celles de la fièvre typhoïde notamment, à un moindre degré, présentent à l'état vivant une certaine résistance à la pénétration des couleurs d'aniline, résistance qui disparaît si l'on tue les cellules microbiennes par l'ébullition, le chloroforme, les vapeurs de chlore, etc. Si l'on agite de la levure de bière avec une solution de violet de méthyle à 1/50,000, il ne se colore guère que la 10e partie des cellules. Toutes se colorent aussitôt, une fois mortes. Inversement, l'intensité de coloration indique la mort de la cellule, un léger degré de coloration pouvant se produire dans la cellule vivante. Büchner insiste sur la valeur de ce moyen pour apprécier l'état vivant ou non des cellules. P. TISSIER.

Wirkung des menschlichen Blutes und andere Körperflussigkeiten auf pathogene Microorganismen (Action du sang et des autres humeurs de l'économie sur les microorganismes), par STERN (*Zeitschrift für klin. Medicin*, *XVIII*, *p.* 46).

Le sang humain défibriné amène la mort d'un certain nombre de bactéries pathogènes. C'est sur le bacille du choléra asiatique que son action se montre la plus énergique. Elle est moins marquée sur le bacille typhique et moins encore sur le bacille pneumonique de Friedländer. — Les humeurs d'exsudation et de transsudation (épanchements pleurétiques péritonéaux, liquide d'hydrocèle, de foyers inflammatoires) ont une action identique et offrent les mêmes variations d'intensité. — Cette action offre des variations notables d'un sujet à l'autre et, sur le même sujet, d'un jour à l'autre. — Les affections aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie) ne paraissent pas diminuer le pouvoir parasiticide du sang. — Ce pouvoir parasiticide ne s'exerce pas sur tous les microorganismes. Le bacille de l'anthrax, le bacille de la diphtérie, le staphylococcus pyogenes, albus et aureus, le streptococcus pyogenes après une période de ralentissement

se développent très bien dans le sang. Là encore ce développement offre de grandes différences d'activité suivant les variations individuelles.

La salive, le suc gastrique, le suc intestinal, le suc pancréatique, la bile n'ont point de propriété parasiticide. — L'action de l'urine sur certaines bactéries pathogènes semble entièrement subordonnée à sa richesse en acide et particulièrement en acide phosphorique. A.-F. PLICQUE.

On the destruction of microorganismus... (De la destruction des microorganismes qui s'opère pendant le processus de l'inflammation), par Armand RUFFER (*Brit. med. journ., p.* 1177, 24 *mai* 1890).

Ruffer a recherché par quel procédé l'organisme se protège contre l'envahissement des microbes, et dans quelle mesure le processus inflammatoire est protecteur ou destructif.

On peut imaginer quatre procédés de défense de l'organisme : *a*) les bacilles ne rencontrent pas un milieu organique favorable à leur pullulation ; *b*) les tissus leur opposent une barrière infranchissable (l'épiderme par exemple) ; *c*) les liquides inflammatoires sont toxiques pour les microorganismes; *d*) les cellules amiboïdes, qui s'accumulent au point enflammé, sont des agents destructeurs des microbes.

L'auteur n'a pas de peine à montrer que les trois premières hypothèses n'ont pas de raison d'être : la quatrième au contraire est une réalité. En inoculant des cochons d'Inde sous l'abdomen avec un liquide irritant, on constate en effet les particularités suivantes quelques heures après.

Au point d'inoculation est un foyer liquide de sérosité qui fourmille de bacilles normaux et qui contient quelques cellules remplies de bacilles commençant à s'altérer. La paroi de l'abcès, au contraire, présente les rôles intervertis : les cellules amiboïdes sont innombrables et renferment toutes un grand nombre de bacilles en voie de destruction ; d'autres renferment des globules sanguins également détruits : cela se voit surtout dans la rate. En somme, le travail de phagocytose est évident et l'on peut dire que la suppuration est l'expression d'un travail de défense de l'organisme qui annule ainsi la pullulation microbienne. H. R.

Studien über Coccidien... (Etudes sur les coccidies. De leur présence dans l'œuf de poule ; rapports de ce fait avec l'étiologie de la psorospermose), par W. PODWYZSOZKI (*Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat., n°* 5, 1er *mars* 1890).

Podwyzsozki a trouvé des coccidies dans des œufs de poule, frais. C'est là un point important au point de vue de l'étude de l'infection. On voit très facilement sur la surface de section d'œufs durs, de petites taches jaune brun. Celles-ci existent six à dix fois sur 100 œufs frais ; elles sont constituées par des colonies de milliers de coccidies à tous les stades de leur développement. Ces coccidies, assez semblables à la coccidie oviforme qui se trouve souvent dans le foie du lapin, et présentant à certains stades de leur développement une ressemblance avec celle du foie de l'homme, peuvent être nommées *kariophagus hominis*. Il y a sans doute une relation entre l'existence de coccidies dans l'œuf de poule, et la présence habituelle de coccidies dans l'intestin des poules. Les coccidies sont infiniment plus rares dans les œufs pondus l'hiver.

P. n'en a pas trouvé dans le jaune. Le suc gastrique ne les détruit pas, il ouvre les capsules et met les spores en liberté. P. TISSIER.

Kieselsäure als nährboden für Organismus (L'acide silicique comme milieu nutritif pour les organismes), par W. KÜHNE (*Zeitschrift für Biologie, XXVII, p.* 172, 1890).

3 volumes de silicate de soude du commerce (densité 1,08) sont versés dans un volume d'acide chlorhydrique coupé d'eau (1 vol. ac. chlorhydrique de 1,17 de densité et 1 vol. eau). Le mélange est dépouillé de son acide chlorhydrique et du chlorure de sodium par une dialyse prolongée (dialyseur en forme de boyaux de papier parchemin). La solution aqueuse pure d'acide silicique ainsi obtenue est concentrée à feu nu dans une capsule en platine jusqu'à formation d'une pellicule superficielle. Le liquide présente alors une densité de 1,02 et contient 3,4 0/0 de silice anhydre. Il se transforme en une gelée cohérente par l'addition d'une petite quantité de chlorure de sodium (0,25 0/0 NaCl par exemple). Cette gelée imprégnée de solution d'extrait de Liebig (4 centimètres cubes de la solution silicique, plus 1/2 ou 1 centimètre cube d'une solution aqueuse faite en dissolvant un fragment d'extrait de Liebig, gros comme un haricot, dans 25 centimètres cubes d'eau) se prête admirablement aux cultures de microorganismes en raison de sa transparence et de sa résistance à la chaleur, à l'action de la plupart des réactifs chimiques, à celle des microbes, etc.

Les solutions d'acide silicique , de chlorure de sodium ou d'extrait de Liebig ou les gelées qui en proviennent sont, au préalable, stérilisées par la chaleur. LÉON FREDERICQ.

De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale et du développement de la tuberculose expérimentale, par DOBROKLOUSKI (*Archiv. de méd. expériment.*, 1er *mars* 1890).

Le tubercule peut infecter l'organisme par les voies digestives. Pour que cette infection ait lieu, il n'est pas nécessaire qu'il existe ni une lésion de la paroi intestinale, ni une desquamation épithéliale, ni une modification locale quelconque , ni un processus inflammatoire antérieur. Le bacille tuberculeux peut traverser facilement la couche épithéliale normale de l'intestin. Cette pénétration est particulièrement facile dans les endroits où le contact du virus tuberculeux avec la paroi intestinale est prolongé ; mais pour que la pénétration se fasse, il n'est point nécessaire que le contact soit prolongé et qu'il surpasse de beaucoup ce qui se passe normalement. Les bacilles tuberculeux, ainsi que leurs spores, s'ils ne restent pas longtemps en contact avec la paroi intestinale, ne sont pas capables de provoquer, dans cette paroi, de processus inflammatoires ni de modifications de la couche épithéliale. A. GILBERT.

Beitrag zur Ætiologie d. Tuberculose (Hühnertuberculose) (Tuberculose des poules), par Angelo MAFFUCCI (*Centralbl. f. allgm. Path. und path. Anat.*, *n°* 13, 15 *juin* 1890, et *Riforma med.*, 24 mai 1890).

La tuberculose des poules est différente, dans ses cultures, de la tuberculose des mammifères.

Elle se cultive bien entre 37° et 43° avec ses propriétés pathogènes.

Chez le cobaye et le chien, le bacille de la tuberculose des poules meurt et il se forme souvent localement un abcès.

Les cobayes peuvent succomber dans le marasme, sans présenter de granulations tuberculeuses, jusqu'à quatre mois après l'inoculation.

Les lapins peuvent présenter une forme locale et aussi une forme générale de l'infection, mais leurs tubercules ont alors une structure particulière et contiennent beaucoup de bacilles, comme chez les poules.

La tuberculose des poules possède un pouvoir de résistance élevé contre les agents physiques.

Les poules sont réfractaires à la tuberculose des mammifères.

P. TISSIER.

De la tuberculose dite zoogléique ou pseudo-tuberculose, par G. ZAGARI (*Fortschritte der Medicin, nos* 15 *et* 16, *p.* 569 *et* 629, 1890).

En faisant l'autopsie d'un cobaye l'auteur trouva dans la rate deux noyaux semblables à des tubercules, du volume d'un pois ; deux autres à la surface de l'organe, du volume d'un grain de chènevis et dans le mésentère un ganglion caséeux du volume d'une noix. Deux cultures faites sur la gélatine à la température ordinaire furent positives, contrairement à ce que l'on observe pour le bacille de Koch ; l'inoculation de la culture reproduisit des lésions analogues chez trois cobayes qui succombèrent.

L'examen histologique montrait à la périphérie du nodule une infiltration lymphoïde, sans limites bien précises, avec des cellules ayant subi la dégénérescence hyaline ; au centre, une substance granuleuse colorée par le violet de méthyle, l'hématoxyline et la safranine ; chacune de ces petites masses centrales apparaissait à un fort grossissement comme formée de microorganismes : courts bacilles de 1 μ, à extrémités arrondies, et des microcoques longs de 0,4 à 0,8 μ, larges de 0,3 μ ; ils étaient rangés en séries linéaires, mais à la périphérie se trouvaient parfois de courts bacilles et quelques microcoques isolés.

La culture sur gélatine à 20 degrés donne, au bout de deux ou trois jours, une raie jaune grisâtre et à la surface une légère pellicule grise avec des bavures irrégulières et une coloration bleuâtre par transparence ; la gélatine n'est pas liquéfiée ; l'agar, avec ou sans peptone, ou additionnée de 5 0/0 de glycérine, le sérum sanguin, le bouillon peptonisé sont de bons milieux de culture ; les microbes se développent aussi dans du bouillon non peptonisé ou alcalin ; ils se développent mal sur la pomme de terre, même à 37 degrés : ils sont aérobies et immobiles.

Les zooglées et les microcoques isolés ne constituent qu'un seul et même microbe, et le polymorphisme est dû simplement à l'union de plusieurs microcoques par une sorte de ciment ; on peut en cultivant les microcoques isolés reproduire les chaînes zoogléiques ; l'inoculation réussit chez les cobayes, les lapins, les rats, les oiseaux, les chiens ; elle détermine du gonflement de la rate, du foie, de la fièvre, la cachexie ; la mort est la terminaison ordinaire en deux à quatre jours chez les lapins, 25 à 40 chez les chiens ; si l'on fait des inoculations en séries, la maladie prend peu à peu une marche plus lente ; il n'y a pas d'augmentation de volume des organes, mais ceux-ci sont semés d'une infinité de tubercules miliaires ; pour obtenir la forme en gros nodules, il faut re-

courir à l'introduction du virus en petites quantités par le tube digestif, ou le soumettre à une basse température, ou bien encore l'introduire dans l'organisme, associé à d'autres microbes; la virulence maxima est atteinte entre 22 et 30 degrés ; à 44 degrés le microorganisme est détruit.

G. LYON.

Études sur la pneumonie fibrineuse, par N. TCHISTOVITCH (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 5, p. 285, 25 mai* 1890).

Les études de Tchistovitch ont été poursuivies au point de vue de la façon dont le streptococcus lanceolatus se comporte vis-à-vis des cellules dans les formes graves et bénignes de la pneumonie fibrineuse.

Pour cela, l'auteur a eu recours à l'expérimentation, les examens, après autopsie, chez l'homme, pouvant conduire à des conclusions erronées, dans les cas où les microbes se sont multipliés après la mort.

Le streptococcus inoculé provenait de l'expectoration de pneumoniques, et présentait tous les caractères morphologiques et évolutifs du pneumocoque (on sait que Biondi et Aroustamoff ont cherché à démontrer le mal fondé de l'assimilation du streptocoque lancéolé pneumonique avec le bacille septique de la salive).

L'introduction de diplocoques lancéolés dans la chambre antérieure (pigeons) montre que l'humeur aqueuse ne joue aucun rôle dans la destruction des diplocoques, pas plus chez les animaux réfractaires que chez les non réfractaires ; elle peut même être chez les uns comme chez les autres un milieu propre au développement.

Ce qui différencie la réaction de l'organisme vis-à-vis du streptocoque lancéolé (poumon, tissu cellulaire sous-cutané) dans les 2 cas, c'est que les phénomènes de phagocytose sont bien plus marqués chez les animaux réfractaires. Chez les non réfractaires (souris), la réaction locale est très faible, il n'y a pas d'affluence phagocytaire : les leucocytes n'englobent pas les diplocoques et n'entravent pas leur multiplication.

Dans le poumon (chien), les phénomènes de phagocytose manquent presque entièrement chez les chiens qui succombent, alors qu'ils sont très nets dans les cas de guérison (diplocoques contenus dans les macrophages et les leucocytes plurinucléés). L'examen autopsique donne ainsi la clef de la gravité ou de la bénignité de la maladie.

Pour le tissu sous-cutané, les expériences faites avec la chambre de verre de Ziegler donnent les mêmes résultats. Chez la souris, au bout de 28 heures, pas de phénomènes de phagocytose; ceux-ci sont ébauchés chez le lapin ; le lapin et la souris succombèrent le 3e jour, d'infection générale. Chez les chiens (réfractaires), au bout de 5 heures, on trouvait déjà des phagocytes avec diplocoques englobés ; après 20 heures, la plupart des diplocoques étaient dans les cellules et ils avaient presque complètement disparu au bout de 48 heures.

P. TISSIER.

Sulla presenza del diplococco pneumonico nel latte di una donna affetta da pneumonite, par C. BOZZOLO (*Giorn. della R. Accad. di Medic. di Torino, p.* 536, *juin* 1890).

Chez une femme de 26 ans, accouchée depuis cinq mois et atteinte depuis cinq jours de pneumonie avec endocardite, Bozzolo a recueilli du lait qui a

donné dans le bouillon des cultures abondantes de pneumocoque. L'enfant, qui était séparé de sa mère depuis la veille, n'a pas été atteint de pneumonie.

GEORGES THIBIERGE.

De la pneumonie typhique, par ARNSTAMOFF (*Centr.-Bl. f. Bakt. u. Parasit., VI, p.* 75, 1889, *et VII, p.* 119, 1890).

Après avoir passé en revue les diverses observations de pneumonie typhoïdique rapportées par les auteurs, et après avoir montré ce que l'on doit entendre sous cette dénomination, Arnstamoff relate une observation qui lui est personnelle : il s'agit d'un malade qui, vers la fin d'une fièvre typhoïde, alors que l'état général s'était beaucoup amélioré, fut pris de tous les symptômes d'une pneumonie fibrineuse à laquelle il succomba neuf jours après le début des accidents. Voici le résultat des recherches bactériologiques que fit l'auteur à cette occasion : dans le suc pulmonaire il constata, au moyen du microscope, la présence du diplocoque de la pneumonie de Fraenkel-Weichselbaum et du bacille typhique d'Eberth, le premier étant plus fréquent cependant que le second. Les cultures sur plaques et les cultures par piqûre fournirent également les deux espèces de microorganismes, mais la présence du pneumocoque fut difficile à constater, car la mort du malade n'était survenue que cinq jours après la crise pneumonique et le microbe avait dû déjà perdre en partie sa virulence.

Le bacille de la fièvre typhoïde, qui fut également retrouvé dans d'autres organes, avait-il préparé, pour ainsi dire, l'invasion du pneumocoque par une modification chimique du tissu pulmonaire, ou bien, au contraire, n'était-il survenu que secondairement? c'est là une question difficile à résoudre.

Quoi qu'il en soit, il faut considérer ce cas de pneumonie typhique comme un exemple de double infection. W. O.

Contribution à l'étude de la pneumonie des typhiques, par KARLINSKI (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 18, 1889).

Dans neuf cas de fièvre typhoïde accompagnés de complications pulmonaires, Karlinski a examiné le suc pulmonaire à l'aide de ponctions faites avec la seringue de Pravaz, très peu de temps après la mort. Voici les résultats obtenus : il trouva une fois le staphylocoque jaune à l'exclusion de tout autre microorganisme, quatre fois le streptocoque pyogène (deux fois en culture pure, deux fois accompagné du bacille typhique, quatre fois le bacille typhique, deux fois en culture pure, deux fois accompagné du streptocoque) et deux fois le pneumocoque de Fränkel.

Comme ces deux derniers cas se sont rapidement terminés par la guérison, Karlinski pense que, lorsque l'évolution des complications pulmonaires est lente et que la guérison se fait attendre longtemps, on peut supposer, avant tout examen bactériologique, que la lésion n'est pas sous la dépendance exclusive du pneumocoque. W. O.

Pleurite dal bacillo del tifo, par LORIGA et PENSUTI (*La Riforma medica*, 6 *septembre* 1890).

Dans l'exsudat purulent extrait de la plèvre d'un homme atteint de fièvre typhoïde guérie depuis onze jours et ayant présenté depuis la veille seule-

ment des signes de pleurésie gauche, les auteurs ont trouvé le bacille typhique : ils ont eu soin de s'assurer, par la culture sur pomme de terre, qu'il s'agissait bien du véritable bacille d'Eberth; il n'y avait pas d'autres microorganismes dans l'exsudat. L'examen du pus répété quinze jours plus tard y fit constater la présence du bacille typhique et celle d'un microcoque ressemblant de très près au staphylococcus pyogenes cereus albus. La guérison se fit rapidement à la suite de l'empyème. GEORGES THIBIERGE.

Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtérique de la scarlatine, par WURTZ et BOURGES (*Archiv. de méd. expériment.*, 1er *mai* 1890).

Dans tous les cas d'angines pseudo-membraneuses s'étant établies dès les premiers jours de l'éruption scarlatineuse, angines offrant tous les caractères apparents de l'angine diphtéritique, les auteurs n'ont jamais constaté la présence du bacille de Lœffler. Ils ont rencontré d'une façon constante un streptocoque analogue, mais non identique au streptocoque de l'érysipèle, et dans certains cas le staphylocoque jaune ou blanc.

L'angine pseudo-membraneuse, précoce, de la scarlatine, n'est donc pas de nature diphtéritique. A. GILBERT.

Zur Ætiologie der Diphtherie, par Th. ESCHERICH (*Centr.-Bl. f. Backt. u. Parasit.*, *n*° 1, 1890).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier, au point de vue bactériologique, 22 cas d'angine diphtéritique et vingt fois il constata la présence du bacille de Loeffler. Ces recherches de contrôle ont été encore vérifiées par l'examen de nombreux cas d'angine aiguë, car dans aucun de ces cas l'auteur n'a constaté la présence du bacille de Loeffler.

A côté des bacilles caractéristiques, Escherich a encore constaté la présence de nombreux autres microorganismes ; il signale en particulier la fréquence du streptocoque; celui-ci toutefois se retrouve longtemps après la disparition des fausses membranes, de sorte qu'il ne semble présenter aucun rapport avec le bacille de Loeffler et ne jouer qu'un rôle probable d'infection secondaire. Il en serait de même d'autres microorganismes, tels qu'un bacille court, déjà décrit par Emmerich dans un cas d'angine diphtéritique, et que le staphylocoque pyogène, observé dans une autre circonstance comme cause unique d'infection secondaire.

W. O.

Contribution à l'étude de la diphtérie (3e **mémoire), par É. ROUX et A. YERSIN** (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n*° 7, 25 *juillet* 1890).

Après avoir constaté que les travaux récents sur la diphtérie ont confirmé leurs précédentes recherches, les auteurs abordent dans ce troisième mémoire des questions fort importantes au point de vue pratique et théorique. (Voy. *R. S. M.*, XXXIV, 474.)

Diagnostic. Après avoir essuyé sur du papier buvard les fausses membranes enlevées avec un tampon d'ouate hydrophile, on les frotte sur des lamelles, on sèche, on passe à la lampe et l'on colore, soit au bleu de Lœffler, soit au violet de gentiane, d'après la méthode Gram, soit à l'aide d'un bleu composé de violet dahlia (1 partie d'une solution aqueuse au centième) et de vert de méthyle (3 parties de solution au même titre). On examine la préparation avec un objectif à immersion homogène. Par

cet examen très rapide, on arrive, avec un peu d'habitude, à bien distinguer les bacilles diphtéritiques des autres microorganismes. Les pseudo-membranes de la bouche renferment plus de bacilles de Lœffler que celles de la trachée. Les fausses membranes fétides renferment de nombreux microbes divers qui causent la fétidité ; il est quelquefois utile alors de couper des fausses membranes durcies dans l'alcool : les amas de bacilles spécifiques se trouvent en arrière de la couche superficielle, riche en microbes vulgaires.

L'examen peut être pratiqué sur des fausses membranes sèches.

L'ensemencement des fausses membranes sur le sérum coagulé est nécessaire pour un diagnostic absolument certain. Après 20 heures, à l'étuve à 35°, on distingue déjà les colonies diphtéritiques. L'ensemencement peut être positif, alors que l'examen microscopique reste négatif.

Du 11 avril au 26 mai, Roux et Yersin ont examiné, à l'hôpital des Enfants, 80 malades envoyés au pavillon de la diphtérie.

Dans les cas de croup sans angine, en grattant légèrement avec une spatule la muqueuse du pharynx et des amygdales indemnes de fausses membranes, on peut ensemencer des tubes, qui montrent des colonies spécifiques.

Dans 19 cas, on ne trouva pas de bacilles diphtéritiques; tous se sont terminés par la guérison. Il ne s'agissait pas de diphtérie et pourtant il y avait dans ces cas des angines avec pseudo-membranes adhérentes sur les amygdales et la luette, récidivant très rapidement malgré les badigeonnages antiseptiques. Le diagnostic ne paraissait donc pas douteux.

1° Il y a ainsi plusieurs espèces d'angines microbiennes à fausses membranes, et il peut résulter de ce fait des conséquences graves lorsqu'un enfant non diphtéritique se trouve placé dans un pavillon de diphtéritiques. Il serait à souhaiter qu'il y eût un vestibule du pavillon de la diphtérie, dans lequel on pratiquerait l'examen microscopique, pour envoyer au pavillon diphtérique les enfants dont l'examen des fausses membranes est positif, et dans des salles d'attente ceux où il est négatif ; dans ce dernier cas, l'ensemencement sur tubes de sérum fixera le diagnostic au bout de 20 heures.

2° Le bacille de la diphtérie persiste dans la bouche après la disparition des fausses membranes dans quelques cas. Ordinairement, il disparaît avec les fausses membranes ; mais dans une observation il persistait encore après onze jours, et dans une autre après quatorze jours. N'est-ce pas là la cause de certaines récidives et l'origine de certaines contagions?

3° Les bacilles restent très longtemps vivants dans les cultures (2 mois, 5 mois) et dans les fausses membranes desséchées (5 mois). Sous l'action du soleil et de l'humidité, alternant avec la sécheresse, la virulence se perd assez rapidement ; à l'état humide, le bacille ne résiste pas à une température de 58° ; l'eau bouillante suffit donc toujours pour désinfecter les linges souillés ; à l'état sec, il résiste à une chaleur de 98°, prolongée plus d'une heure.

4° La virulence du bacille contenu dans les fausses membranes varie ; elle est en général, mais non toujours, moindre (inoculation sous-cutanée de culture chez le cobaye) dans les formes bénignes d'angine et dans les croups avortés. De même la virulence s'atténue à la fin des diphtéries

sévères à terminaison favorable, c'est-à-dire que des colonies peu virulentes, inoffensives se substituent peu à peu aux colonies virulentes, qui se voient exclusivement au début, et, finissent par exister seules. On rencontre cependant dans les cas mortels des bacilles non virulents en petit nombre par rapport aux bacilles actifs.

5° Quelle relation y a-t-il entre le bacille diphtérique et le bacille pseudo-diphtéritique déjà signalé par Lœffler? quels sont ses caractères? etc.

Sa forme, l'apparence de ses cultures sont identiques à celles du bacille vrai; les quelques différences notées sont : la croissance à 20-22°, température à laquelle le bacille vrai croît très lentement; l'état plus court dans les colonies sur le sérum; la plus grande abondance de ses cultures dans le bouillon, etc.

Sur 45 enfants de l'hôpital atteints de maladies diverses, 15 avaient dans la bouche le bacille pseudo-diphtéritique; sur 59 enfants de village, il fut trouvé 26 fois. Il se voit aussi dans les angines pseudo-diphtéritiques. Mais sur les tubes d'ensemencement, le diagnostic est facile : dans les cas de diphtérie, les colonies spécifiques sont nombreuses, elles sont rares, ou absentes, lorsque le bacille pseudo-diphtéritique existe seul sur la muqueuse.

L'angine rubéolique crée un terrain particulièrement favorable au développement du bacille pseudo-diphtéritique.

Inoculé au cobaye, celui-ci n'a jamais donné la mort.

En raison de leurs caractères de ressemblance, de l'existence de nombreux intermédiaires entre le bacille vrai et le bacille pseudo-diphtéritique au point de vue de leur virulence, on est amené à considérer ce dernier comme une forme atténuée du premier.

La preuve directe, les auteurs ont cherché à la donner ; l'atténuation de la virulence des cultures du bacille diphtéritique est difficile à obtenir. La virulence persiste très longtemps. (Il faut avoir soin d'ensemencer les vieilles cultures et d'inoculer les cultures filles.) Elle peut s'atténuer spontanément (2 cas). L'action de l'air seul semble insuffisante ; celle de l'air et de la chaleur (39°-40°), celle de l'air et de la dessiccation réalisent cette atténuation et donnent un bacille non virulent, se confondant avec le bacille pseudo-diphtéritique.

Le bacille atténué ne donne plus de toxines, même avec un large accès d'air (qui favorise la production de toxines dans les cultures de bacilles virulents). Le bacille pseudo-diphtéritique ne donne pas non plus de toxines.

Il était intéressant de tenter l'épreuve inverse : le retour à la virulence du bacille diphtéritique atténué. Ce retour a été impossible pour le bacille ayant perdu toute virulence, mais a été obtenu avec le bacille possédant encore une légère action sur le cobaye (en associant ce virus non mortel à celui de l'érysipèle et en inoculant le mélange à des cobayes).

Pas plus que pour le bacille vrai très atténué, Roux et Yersin n'ont réussi à rendre virulent le bacille pseudo-diphtéritique.

Ils n'en admettent pas moins, en s'appuyant sur tous les faits que nous venons d'énumérer, que le bacille pseudo-diphtéritique, hôte fréquent de la bouche et inoffensif, peut, dans des conditions que nous ne pouvons que soupçonner, devenir virulent, d'où l'indication de pratiquer le lavage

antiseptique de la gorge dès le début des angines simples, rubéoliques et scarlatineuses. P. TISSIER.

Zur Kenntniss d. pathogene Bedeutung des Klebs-Löfflerchen Diphtheriebacillus (Importance pathogénique du bacille diphtéritique), par H. SPRONCK (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, n° 7, 1er *avril* 1890).

Dans 7 cas provenant d'une épidémie de village, Spronck trouva les bacilles de Lœffler; dans un cas le bacille pseudodiphtéritique. Portées à 60° les cultures et les membranes restèrent stériles. Inoculées à un lapin dans la trachée préalablement excoriée, les cultures fraîches donnèrent une fausse membrane qui envahit le larynx et le reste de la trachée jusqu'à la bifurcation des bronches. La diphtérie expérimentale chez le lapin détermine régulièrement de l'albuminurie avec néphrite. Les bacilles sont, dans les fausses membranes provoquées chez les animaux, disposés comme dans la fausse membrane de l'homme et aussi nombreux. Les souris sont réfractaires.

Sur la plupart des autres points consignés dans ce mémoire, l'auteur confirme les données de Lœffler et de Roux et Yersin sur les paralysies expérimentales et sur l'action du poison diphtéritique. Il n'a pas réussi à atténuer la virulence du bacille de Lœffler. P. TISSIER.

Études sur l'immunité. Le charbon des rats blancs, par Él. METCHNIKOFF (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 4, *avril* 1890).

Les objections à la théorie de la phagocytose, basées sur l'étude du charbon chez les rats blancs, paraissaient des mieux fondées, et l'auteur croyait que l'immunité dans ces cas était due à d'autres agents que les phagocytes. Des recherches actuelles, il résulte, qu'ici encore, l'immunité résulte de la phagocytose.

Sans jouir d'une immunité complète, comme l'a pensé Behring, les rats blancs présentent, vis-à-vis de la bactérie, une résistance plus ou moins grande, mais peu solide (Lœffler).

Même atténuée, la bactéridie se développe dans l'organisme des rats blancs les plus résistants, et il se produit une affection charbonneuse qui guérit dans beaucoup de cas (G. Frank).

Les phagocytes jouent un rôle très important dans cette guérison, en détruisant les bactéridies vivantes. Mais ici, la répartition des bactéridies est très inégale, et on trouve, à côté de leucocytes en contenant peu ou pas, d'autres qui en renferment des amas entiers (microphages multinucléés). Ces derniers éclatent avec une facilité extraordinaire et les bacilles restent en amas ou se dispersent.

Même dans les cas de charbon mortel, on observe une lutte des cellules contre les microbes, soutenue surtout par les macrophages des organes parenchymateux, tels que le foie et la rate. P. TISSIER.

Sur la virulence de la bactéridie charbonneuse après passage chez le chien et chez le lapin vacciné, par MALM (*Annales de l'Institut Pasteur*, n° 8, 25 *août* 1890).

L'opinion que la virulence s'atténue par le passage sur un animal réfractaire est, dit l'auteur, devenue une doctrine, parce que les auteurs se sont cités sans remonter aux sources et ont fini par accepter ainsi

comme vérité démontrée une simple interprétation plausible d'un fait donné. Il a voulu reprendre la question, et voici les résultats auxquels il est arrivé : La bactéridie du charbon ne s'atténue pas par passage dans un animal naturellement réfractaire (chien) ou rendu artificiellement résistant (lapin).

En passant par un animal réfractaire, la bactéridie se renforce, et dans une mesure parfois assez grande.

Cette exaltation de la virulence se fait tant dans l'œdème produit par une inoculation sous-cutanée, que dans le sang et la rate après une injection intra-veineuse.

Chez les chiens non réfractaires, l'augmentation de virulence est irrégulière.

Il n'y a pas d'augmentation de virulence dans les cultures en bouillon.

Aucun des chiens des expériences de l'auteur ne s'est montré absolument réfractaire au charbon. Une injection antérieure par voie sous-cutanée ou intra-veineuse renforce l'immunité du chien jusqu'à la rendre absolue.

La résistance des chiens à l'inoculation intra-veineuse est moindre qu'à l'inoculation sous-cutanée.

Les chiens noirs sont beaucoup moins réfractaires au charbon que les autres. Certains chiens succombent à la suite de l'inoculation du charbon sans qu'on trouve de bactéridies à l'autopsie.

Chez les chiens absolument indemnes, les bactéridies ont déjà disparu après 18 heures. On les retrouve, après 24 heures, dans le sang et, après 3 jours, dans la rate, chez les chiens qui ont l'immunité naturelle.

P. TISSIER.

Ueber die Uebertragung des Milzbrandes... (Transmission du charbon de la mère au fœtus et altérations générales des vaisseaux provoquées par l'infection charbonneuse), par R. LATIS (*Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat.*, n° 3, 1er *février* 1890).

Latis a remarqué que chez les cobayes il y a fréquemment transmission du charbon de la mère au fœtus ; de ses recherches pour en expliquer le mécanisme, il conclut que cette transmission se fait très vraisemblablement par suite des altérations des parois vasculaires, relevant de l'infection charbonneuse. Ces altérations constantes en pareil cas permettent le passage des bacilles, par une sorte de diapédèse.

P. TISSIER.

Sur la transmission du charbon de la mère au fœtus, par LATIS (*Arch. ital. de Biol.*, *p.* 3, 31 *décembre* 1889).

L'auteur étudie surtout dans ce mémoire le mécanisme de cette transmission. Il ne croit pas que celle-ci puisse se faire par l'intermédiaire des globules blancs, ni qu'elle soit due à des hémorragies placentaires.

Ayant introduit de petits morceaux de sureau dans le péritoine de cobayes sains et les ayant inoculés ultérieurement à l'aide de sang charbonneux, il constata que le sureau se chargeait de bactéries charbonneuses libres, c'est-à-dire n'étant pas renfermées dans les globules blancs. De même ayant touché avec une anse de platine rougie, les deux

cornées d'un cobaye inoculé à la suite de cette opération, il trouva dans les canaux plasmatiques de ces cornées des bactéridies en assez grande quantité. La cornée n'ayant pas de vaisseaux sanguins, ces micro-organismes ne pouvaient pas provenir d'hémorragies. Il est donc très probable que la transmission de la mère au fœtus se fait par une véritable diapédèse des bactéridies charbonneuses. C. GIRAUDEAU.

Ursache d. Sporenbildung beim Milzbrandbacillus (Causes de la production des spores chez le bacille du charbon), par BÜCHNER (*Münch. med. Woch n°* 29, 22 *juillet* 1890).

La production des spores est au maximum, lorsque, dans une culture luxuriante, sous l'action des influences favorables à son développement (température, présence d'eau, apport d'oxygène), il se produit une consommation rapide des matériaux nutritifs. Aussi, la formation de spores la plus abondante se produit-elle lorsqu'on porte la bactéridie dans l'eau distillée. Inversement, si l'apport de matériaux nutritifs est assuré d'une façon constante, on peut obtenir une série ininterrompue de générations, sans production de spores. P. TISSIER.

Ueber acute Milzanschwellung... (Sur la tuméfaction aiguë de la rate dans les maladies infectieuses), par G. MARTINOTTI et V. BARBACCI (*Centralbl. f. allg. Path. und path. Anatomie, n°* 2, 15 *janvier* 1890, *et Il Morgagni, septembre et octobre* 1890).

Pour élucider l'origine de la nature de la tuméfaction splénique les auteurs l'ont étudiée dans le charbon bactéridien.

Ils ont enlevé la rate à des lapins et à des cobayes et après rétablissement complet de l'animal l'ont inoculé, en même temps qu'un autre animal témoin. Ni au point de vue de la durée, ni au point de vue de la rapidité de l'apparition des bacilles dans le sang, ni au point de vue du temps qui s'écoule entre cette apparition et la mort, ni au point de vue de la température, ni à celui de la diminution des globules rouges et de l'augmentation des globules blancs, ils n'ont trouvé de différence entre l'animal témoin et l'animal splénectomisé.

Avant que les bacilles soient constatables dans la rate, alors qu'ils existent déjà dans le sang, on trouve dans la pulpe splénique des amas pigmentaires et plus tard des foyers de nécrose, dans les follicules une prolifération active (figures mitosiques). Lorsque les bacilles apparaissent dans la rate, ils se localisent exclusivement dans la pulpe. Celle-ci montre alors des lésions régressives, alors que dans les follicules les noyaux présentent toujours des signes de division active.

Dans les ganglions lymphatiques, les bacilles sont peu nombreux, ordinairement contenus dans les vaisseaux (sauf dans les ganglions correspondant au point inoculé) et on observe une prolifération active chez les animaux splénectomisés. Les ganglions lymphatiques ont été trouvés quelquefois tuméfiés. La moelle des os présenterait aussi alors un état différent de celui qu'on observe chez les animaux témoins, mais les auteurs déclarent leurs recherches encore incomplètes sur ce point.

P. TISSIER.

Note sur un procédé de recherche expérimentale rapide du bacille du tétanos et sur la présence de ce bacille dans le liquide céphalo-rachidien), par L. DOR (*C. R. Soc. de biologie*, 17 *mai* 1790, *III*, *n°* 18).

Le liquide céphalo-rachidien d'un tétanique trépané pendant la vie a donné le tétanos au lapin. Ce même liquide, le bulbe, la moelle, recueillis à l'autopsie, n'ont plus montré aucune virulence; un petit foyer hémorragique siégeant dans la substance grise, au voisinage du foyer de fracture, était seul resté virulent. Le bacille de Nicolaïer existe donc chez le tétanique vivant, mais disparaît ou perd rapidement sa virulence après la mort.

Les lapins ont été inoculés par trépanation sous la dure-mère. Ce procédé décèle à coup sûr la présence de l'agent du tétanos. Les lapins succombent en vingt-quatre heures avec de l'orthopnée et un peu d'opistothonos de la nuque. Le bulbe de ces animaux, recueilli immédiatement après la mort, est virulent; trois jours après la mort il semble être devenu inactif.

Par passage de lapin à lapin, on augmente rapidement la virulence du bacille; par passage de rat à rat, on la diminue.

Il suffit de porter à 62° pendant dix minutes le cerveau d'un lapin mort de tétanos pour atténuer la virulence. En inoculant de la substance cérébrale ainsi préparée, on détermine l'apparition d'un tétanos absolument caractérisé. G. LION.

Inoculation du tétanos aux animaux domestiques, par Th. KITT (*Cent.-Bl. f. Bakt. u. Parasit*, *VII*, *p.* 297, 1890).

Les recherches de Kitt sont surtout des recherches de contrôle ; elles prouvent, en effet, la réalité de la découverte de Nicolaïer, Kitasato, etc. elles montrent, en outre, que les cultures du microbe du tétanos, à l'état de pureté parfaite, ne sont point très difficiles à obtenir, lorsqu'on emploie la méthode de Büchner pour les cultures des microbes anaérobies; l'auteur montre, d'un autre côté, pour la première fois, que les cultures inoculées dans ces conditions-là, et contrairement à ce que l'on admet généralement, reproduisent le tétanos chez un grand nombre d'animaux, en particulier chez le mouton et chez le chien.

Pour ce qui concerne la persistance de la virulence du microbe de Nicolaïer, il est à remarquer, qu'après 16 mois, le pus desséché d'un tétanique, contenant des bacilles tétaniques avec spores, est encore susceptible de reproduire la maladie lorsqu'on l'inocule de nouveau.

W. O.

Ricerche sulla vitalità del virus tetanico nelle acque, par R. SCHWARZ (*La Riforma medica*, 22 *mai* 1890).

Le virus tétanique ne subit aucune atténuation dans l'eau stérilisée. Dans l'eau non stérilisée, par suite de la multiplication des bactéries vulgaires, il subit une atténuation progressive, mais reprend rapidement sa virulence lorsque l'activité des bactéries vulgaires diminue. Dans l'eau de mer non stérilisée, l'atténuation du virus tétanique est due pour une part aux propriétés chimiques spéciales de cette eau. Quels que soient son degré et son mode d'atténuation, ce virus reprend très complète-

ment sa virulence primitive lorsqu'il est de nouveau placé dans des conditions favorables de milieu et de température. GEORGES THIBIERGE.

De la présence d'un protozoaire comme parasite dans les carcinomes, par Nils SJÖBRING (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 14, *p.* 529, 1890).

En étudiant la karyokionèse dans les carcinomes, Sjöbring a constaté l'existence, dans les cellules cancéreuses, d'éléments qui paraissent appartenir au groupe des sporozoaires.

Dans les cellules cancéreuses considérablement augmentées de volume apparaissaient des corpuscules arrondis, de grandeur variable, de coloration rouge accentuée; ils occupaient le voisinage du noyau. Ils étaient séparés de la couche cellulaire environnante par une sorte de capsule incolore; il ne s'agit pas là d'un enkystement du corpuscule, mais d'un épaississement de la zone protoplasmique périphérique. Le volume de ces sarcodes oscillait entre 2 et 15 μ; les plus petits sont fortement colorés en rouge presque uniforme; les moyens sont des corpuscules homogènes sans membrane propre. Quant aux plus volumineux, ils occupent presque la totalité de la cellule, dont le noyau est rejeté sur le côté; ils sont granuleux et présentent une coloration rosée très accusée.

D'après Sjöbring le protozoaire pénétrerait dans le noyau sous la forme d'un corpuscule protoplasmique arrondi et extrêmement petit, il quitterait ensuite le noyau pour continuer à se développer dans le protoplasma cellulaire et finalement abandonnerait la cellule pour vivre d'une vie indépendante; sa nutrition aurait lieu à ce moment aux dépens des cellules néoplasiques et déterminerait leur destruction. Arrivé à maturité ce protozoaire donne naissance à un certain nombre de spores (20 à 30), et il englobe la partie incolore d'un noyau cellulaire dont la membrane disparaît; en même temps il s'entoure d'une membrane et les spores apparaissent, entourées d'une capsule; toutes les spores sont contenues dans une membrane d'enveloppe commune (kyste à spores), c'est vraisemblablement par une déhiscence latérale de la capsule que s'effectue l'expulsion des germes de la spore.

C'est sur l'absence de noyau que s'appuie l'auteur pour rapporter le micro-organisme à l'ordre des sporozoaires; il présente la plus grande analogie de développement avec la pébrine.

Sjöbring les a trouvés dans 6 épithéliomas de la mamelle; dans un cancer du foie, dans un cancer primitif de la prostate avec métastases dans les ganglions hypogastriques, dont les cellules contenaient des kystes à spores.

Sjöbring n'a pas fait de cultures; il croit qu'étant données les conditions de développement de ce micro-organisme, tout essai de culture échouerait forcément. G. LYON.

I. — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë infectieuse, par COURMONT et JABOULAY (*C. R. Soc. de biologie*, *t. II*, *n°* 18, 17 *mai* 1890).

II. — Des ostéomyélites à streptocoques, par LANNELONGUE et ACHARD (*C. R. Soc. de biologie*, *t. II*, *n°* 19, 24 *mai* 1890).

I. — La suppuration dans les os, l'ostéomyélite prise dans le sens le plus large, peut être causée par plusieurs espèces microbiennes.

Le staphylocoque pyogène, les streptocoques pyogène et puerpéral, introduits dans le système veineux de jeunes lapins, produisent, sans traumatisme préalable, de la suppuration osseuse.

Le staphylocoque pyogène s'attaque directement au tissu osseux proprement dit des régions juxta-épiphysaires, produit de la nécrose, de la périostite et une suppuration *très discrète*, quelquefois de l'arthrite; il reproduit, en un mot, traits pour traits, l'ostéo-périostite juxta-épiphysaire de l'homme. Les régions malades sont le siège d'un gonflement douloureux pendant la vie.

Les streptocoques pyogène et puerpéral s'attaquent directement à la moelle osseuse, au voisinage des régions juxta-épiphysaires, et produisent des *abcès médullaires* avec pus abondant, sans altération du tissu osseux proprement dit (sauf un cas), sans périostite, sans décollement des épiphyses, sans enfin qu'il se produise aucun gonflement douloureux de la région pendant la vie. G. LION.

II. — Dans une note lue à l'Académie des sciences, le 10 mars 1890, et publiée dans le *Bulletin médical* du 12 mars, Lannelongue et Achard ont publié deux cas d'ostéomyélites à streptocoques observés chez des nouveau-nés dont les mères avaient présenté des accidents puerpéraux. Depuis, Courmont et Jaboulay leur ont reproché de n'avoir apporté que des observations cliniques sans contrôle expérimental, et ont cherché à distinguer par inoculations au lapin les lésions produites par le staphylocoque pyogène qui seraient celles de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire type, des lésions produites par le streptocoque qui ne porteraient que sur la moelle (abcès médullaires).

Lannelongue et Achard ont peine à comprendre cette distinction entre l'ostéomyélite juxta-épiphysaire et ce que Courmont et Jaboulay appellent de simples abcès médullaires. De plus, si les observations cliniques ne suffisent pas à établir l'existence de l'ostéomyélite à streptocoques, ils sont à même d'en fournir la preuve expérimentale. Ils ont pu obtenir la formation de foyers purulents juxta-épiphysaires, intra-osseux et sous-périostiques, au moyen de la simple injection intra-veineuse de cultures pures de streptocoques pyogènes, sans traumatisme osseux, chez de jeunes lapins. Au point de vue expérimental, le staphylocoque et le streptocoque se distinguent par les caractères suivants : il faut, pour donner lieu à des localisations osseuses, au moyen de l'inoculation sanguine, une dose de bouillon virulent plus grande lorsqu'il s'agit du staphylococcus aureus; le staphylocoque, lorsqu'il ne tue pas par septicémie, produit à peu près constamment et d'une façon précoce des abcès du rein qui font défaut avec le streptocoque; le streptocoque donne naissance plus souvent à des arthrites et moins souvent à des suppurations osseuses que le staphylocoque; l'érysipèle appartient en propre au streptocoque. G. LION.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Recherches expérimentales relatives à l'action de quelques antiseptiques sur le streptocoque et le staphylocoque pyogènes, par TARNIER et VIGNAL (*Archiv. de méd. expériment.*, 1er *juillet* 1890).

Les expériences cliniques s'accordent avec les expériences de laboratoire pour montrer que vis-à-vis du streptocoque et du staphylocoque pyogènes, le plus puissant antiseptique à une dose faible et par conséquent très peu dangereuse est le bichlorure de mercure; viennent ensuite l'acide phénique et le sulfate de cuivre, puis le biiodure de mercure ; enfin, en dernier lieu, le permanganate de potasse. A. GILBERT.

Vergleichendes Studium über den antiseptischen Werth... (Étude comparée sur la valeur antiseptique des biiodure et bichlorure de mercure et des solutions de silicate de fluore et sodium), par Alois VIQUERAT (*Thèse inaug. Berne*, 1889, *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *p.* 287, 1890).

Viquerat a fait agir ces divers corps en solution sur des fils de soie ayant séjourné dans des cultures de divers microbes résistants.

Il a trouvé que le sublimé l'emporte sur le biiodure de mercure et que le fluorure de sodium, préconisé par Thompson comme antiseptique et désodorant, n'a qu'une valeur insignifiante, contrairement aux expériences de Neudörfer (*Gegenwart und Zukunft der Antiseptik*) qui le place à côté de l'acétate d'alumine.

Viquerat a également fait des expériences d'inoculation avec la saleté qui reste sous les ongles après qu'on s'est désinfecté les mains. Il a constaté qu'après avoir touché le pus d'un abcès d'ostéomyélite, les mains, bien que désinfectées suivant les préceptes de Kümmel (*R. S. M.*, XXVII, 602) ou de Fürbringer, donnent lieu à développement de colonies du staphylocoque doré. Il en conclut que, bien que le procédé de Fürbringer soit meilleur que celui de Kümmel, aucun des deux n'offre de garantie absolue pour la désinfection des mains. J. B.

Zur therapeutischen Verwerthung der Kamphorsäure (Acide camphorique), par HARTLEIB (*Wien. med. Presse*, *n°* 7, *p.* 286, 1890).

Les gargarismes à l'acide camphorique ont rendu des services dans l'angine et la pharyngite catarrhales. Quant aux inhalations de la solution médicamenteuse dans la bronchite chronique et la tuberculose, elles ont échoué.

Les cystites aiguës et chroniques ont guéri rapidement par les lavages avec la solution à 1/2 0/0, pratiqués deux fois par jour.

Pour ce qui concerne les sueurs nocturnes des phtisiques, la dose de 2 à 3 grammes indiquée par Fürbringer n'est pas nécessaire. Il a suffi à

l'auteur d'un gramme, de 2 grammes au plus, pour obtenir des résultats favorables.

Le médicament est bien supporté et expose rarement à des accidents.

L. GALLIARD.

Etude sur la valeur désinfectante de l'acide sulfureux, par L.-H. THOINOT (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 8, 25 *août* 1890).

Les microbes étudiés au point de vue de l'action de l'acide sulfureux se divisent en deux groupes :

1° L'un de ces groupes (vibrion septique, charbon symptomatique, charbon bactéridien) résiste absolument à l'acide sulfureux dégagé à haute dose avec prolongation d'action;

2° Les microbes du deuxième groupe (tuberculose, morve, farcin du bœuf, fièvre typhoïde, choléra asiatique, diphtérie) peuvent, d'une façon générale, être tués par SO^2, ils le sont à des doses variables, mais la dose de 60 grammes de soufre par mètre cube, avec une exposition de 24 heures, dans une chambre bien close, donne une certitude absolue. Aussi est-ce la dose que conseille Thoinot pour la pratique. P. TISSIER.

Recherches physiologiques sur l'acide cyanhydrique, par N. GRÉHANT (*Arch. de physiologie*, *n°* 1, *p.* 133, *janvier* 1890).

1° L'injection successive de solutions d'amygdaline et d'émulsine dans le torrent circulatoire du chien entraîne la mort en quelques minutes. Si on laisse écouler un intervalle de temps égal à 2 heures entre l'injection d'amygdaline et celle d'émulsine, la mort n'a plus lieu. C'est donc que l'amygdaline est sortie des vaisseaux en quantité notable. Il n'est même pas possible d'affirmer qu'une partie de l'amygdaline reste encore dans le sang au bout de 3 heures, car si on recherche la dose minima d'amygdaline capable de tuer un chien, on voit que cette dose est très faible (0^r,75 pour un chien de 9^k,200; 0^{gr}, 136 pour un chien de 7^k,300).

2° La dose toxique d'acide cyanhydrique injectée dans le sang, mesurée par un procédé décrit par l'auteur, est de 1 centième de centimètre cube pour un chien de 10^k,600, de 7 millièmes de centimètre cube pour un chien de 9 kilos et de 2 millièmes de centimètre cube pour un lapin.

3° Chez la grenouille, l'acide cyanhydrique amène successivement l'arrêt de la respiration, l'abolition des mouvements volontaires, la disparition des réflexes et en dernier lieu la cessation des battements du cœur. Il n'y a pas de convulsions.

4° Chez les poissons, la dose toxique de l'acide cyanhydrique absorbé par les branchies varie avec les diverses espèces.

Un poisson soumis à l'action de doses modérées d'acide cyanhydrique et qui est en état de mort apparente peut revenir à la vie lorsqu'on le place dans un courant d'eau pure (respiration artificielle). Il n'y a donc pas destruction des éléments histologiques mais production de phénomènes d'arrêt ou d'inhibition. G. LION.

I. — Pouvoir nutritif direct du sucre de lait, par A. DASTRE (*Arch. de physiologie*, *n°* 4, *p.* 718, *octobre* 1889).

II. — Transformations du lactose dans l'organisme, par LE MÊME (*Ibidem, n° 1, p. 103, janvier 1889*).

1° La lactose est un des sucres les moins assimilables, la série des sucres rangés suivant leur degré d'assimilation étant la suivante :

Saccharose. Lactose. — Maltose. — Galactose. Glucose.

Il n'est pas utilisé directement par l'organisme, et comme il constitue un aliment essentiel du jeune mammifère, il doit subir quelque part, dans le tube digestif ou ailleurs, des changements qui le mettent en état d'être assimilé.

2° Parmi les changements chimiques de la lactose, le plus simple est sa transformation par interversion en glucose et galactose. Ces deux sucres sont directement assimilables, au moins quand ils sont injectés simultanément.

Or aucun des sucs digestifs purs et *filtrés à travers la porcelaine*, pour éviter l'action des micro-organismes, ne possède le pouvoir inversif nécessaire à cette transformation. Le foie n'exerce pas non plus sur la lactose d'action transformatrice. G. LION.

Zur Kenntniss der Wirkungen des Phlorhidzins resp. Phloretins (Sur l'action de la phloridzine et de la phlorétine), par E. KÜLZ et A. E. WRIGHT (*Zeits. für Biologie, XXVII, p.* 181, 1890).

V. Mering a découvert, en 1886, la remarquable propriété que possède la phloridzine de provoquer chez le chien, à la dose d'un gramme par kilo d'animal, un diabète des plus intenses. L'urine peut contenir jusqu'à 10 0/0 de glycose. V. Mering avait affirmé que l'ingestion de phloridzine combinée avec une abstinence de cinq jours suffisait pour faire disparaître complètement le glycogène du foie et des muscles. Külz constate au contraire qu'après une abstinence relativement prolongée, combinée avec l'ingestion de phloridzine, le foie et les muscles peuvent encore contenir des quantités notables de glycogène. Ainsi dans l'expérience n° 10, un chien qui pesait 33 kilogrammes au début de l'expérience et seulement 22 kilogrammes après 13 jours d'abstinence et qui avait ingéré en deux fois 41 grammes de phloridzine et excrété par les urines 112 grammes de sucre, contenait encore au moment de la mort (provoquée par hémorragie) 63 grammes de glycogène. Les dosages de glycogène furent faits d'après la méthode de R. Külz.

Chez le chat la phlorétine provoque le diabète, mais ne fait pas disparaître le glycogène même après un jeûne de dix jours.

Chez le lapin, Külz constate que l'ingestion de phloridzine ou de phlorétine ne provoque pas de diabète ou ne provoque qu'un diabète insignifiant. Chez trois poulets, l'ingestion de phloridzine ne fit apparaître que des traces de sucre dans les urines. Aucun diabète ne se montra chez deux canards après ingestion de phlorétine, ni chez neuf grenouilles, après ingestion de phloridzine.

Ces différents faits sont en contradiction avec les premières affirmations de V. Mering, affirmations que cet auteur a d'ailleurs récemment en partie rectifiées. LÉON FREDERICQ.

Arbeiten aus dem pharmakologischen Institut... (Travaux de l'Institut pharmacologique de l'Université de Breslau), par R. HEINZ (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXXII, Heft* 1).

1° Heinz examine d'abord l'effet des solutions concentrées de chlorure de sodium sur l'organisme. L'injection sous-cutanée d'un centimètre cube de cette solution provoque sur la grenouille une paralysie d'origine centrale, précédée d'une d'excitation extrême. La cause de ces troubles paraît résider dans la déshydratation amenée par le chlorure de sodium. Les globules rouges du sang se déforment et se ratatinent aussi bien sur les animaux à sang chaud que sur la grenouille. Les lapins meurent également à la suite de ces injections, et présentent des lésions dans les divers organes.

2° En second lieu il décrit les modifications morphologiques que les dérivés ammoniacaux et la phénylhydrazine et ses dérivés exercent sur l'organisme. Les dérivés ammoniacaux altèrent les globules rouges des animaux à sang froid et à sang chaud. Ses hématies se froncent et deviennent mûriformes. La phénylhydrazine et ses dérivés produisent dans les globules rouges la formation de corpuscules qui d'abord font saillie à leur surface, puis se détachant nagent libres dans le liquide.

3° En troisième lieu, Heinz a expérimenté avec la pyridine, la pipéridine, la chinoline et la décahydrochinoline. La pyridine, injectée sous la peau de la grenouille abolit l'excitabilité du nerf moteur du côté lésé, sans exercer aucune action sur celui de l'autre côté. Les effets de la pipéridine sont analogues à ceux de la pyridine, quoique moins intenses. Il est vrai qu'il y a une différence au point de leur action sur le cœur: la pyridine paralyse le cœur, tandis que la pipéridine est sans influence sur les mouvements cardiaques. L'une et l'autre altèrent les globules rouges du sang.

La chinoline et la décahydrochinoline ont une action semblable aux précédentes : elles amènent une paralysie d'origine centrale, diminuent l'excitabilité des nerfs moteurs, et épargnent les propriétés des nerfs sensitifs. Les muscles ne sont pas influencés par ces substances.

ED. RETTERER.

Sur le pouvoir antiseptique du salol, par PAPULI (*Rivista clinica e terapeutica, n° 2, p.* 449, 1890).

Papuli a fait diverses expériences pour déterminer comment le salol exerce son action antiseptique; il a constaté que le pus le décompose en acide salicylique et en phénol; il a recherché ensuite : 1° quelle est la durée du temps exigé par les différents micro-organismes pour le décomposer en ses éléments constituants; 2° quels sont les effets de cette décomposition. Le staphylococcus pyogenes albus le décompose en 8 heures; le citreus en 6 heures, l'aureus en 5 heures.

Pour rechercher les effets de la décomposition du salol, Papuli a pris deux tubes de culture, dont l'un seulement contenait du salol, et il a fait avec ces cultures des ensemencements sur la gélatine et le bouillon. Les cultures faites au bout de 8 heures avec le pyogenes albus restèrent stériles, celles faites avec le pyogène aureus échouèrent au bout de 2 jours après la décomposition du salol, celles du citreus au bout de cinq jours environ.

Les mêmes expériences furent pratiquées avec le streptococcus pyogenes et le bacille du choléra de Finkler; ces micro-organismes décomposent moins activement le salol (le premier au bout de 10 heures, le second au bout de 20 heures). Ces ensemencements faits avec leurs cultures montrèrent un retard dans leurs développements, retard allant presque à 6 jours pour le streptocoque et variant de 20 heures à 4 jours pour le microbe de Finkler; on peut en conclure que les cultures de ces micro-organismes mis en présence du phénol libre ne restent pas stériles, mais sont seulement moins actives. La bactéridie charbonneuse ne décompose pas le salol; le bacille du choléra détermine un commencement de décomposition au bout de 4 jours, celui de la fièvre typhoïde au bout de sept jours. Les ensemencements faits avec leurs cultures additionnées de salol n'ont nullement été influencés par cette substance. G. LYON.

Recherches sur le salol et son influence sur les reins, par HESSELBACH (*Fortschritte der Medicin, n*os 12 *et* 13, *p.* 453 *et* 495, 1890).

L'auteur a observé un cas de mort à la suite de l'ingestion de 8 grammes de salol chez une jeune femme à l'autopsie de laquelle on trouva de l'hypertrophie du cœur gauche, de l'atrophie ancienne des reins et des lésions parenchymateuses récentes de ces mêmes organes, lésions imputables à l'intoxication. A cette occasion, l'auteur s'est demandé dans quelles conditions le salol, habituellement inoffensif, devient toxique, et quelle est la part qui revient à chacun de ses composants dans la genèse des accidents. Hesselbach conclut de ses expériences que, dans l'intoxication par le salol, les lésions rénales sont surtout imputables au phénol; il a, en effet, remarqué que les premières lésions sont l'anémie des reins et la stéatose des épithéliums dans la substance corticale; ce n'est qu'avec des doses considérables de salol que surviennent les hémorragies dans la substance médullaire, c'est-à-dire que l'action de l'acide salicylique ne se manifeste qu'avec les fortes doses. L'emploi du salol est absolument contre-indiqué, d'après Hesselbach, dans les affections aiguës et chroniques du rein. G. LYON.

Causation of reduced arterial tension by mercury, par A. HAIG (*Brit. med., Journ., p.* 1241, 31 *mai* 1890).

Le mercure sous toutes ses formes, et spécialement sous la forme de calomel, diminue considérablement la tension artérielle. Ce n'est pas là un simple résultat de l'action purgative du médicament : c'est surtout le fait de la diminution de la proportion d'acide urique dans le sang et dans l'urine. Les tableaux que donne Haig mettent cette action en évidence. H. R.

A short study of exalgine, par POPE (*N.-York med. Journ., p.* 209, 22 *février* 1890).

L'exalgine (prescrite par l'auteur à 12 malades) agit favorablement dans certains cas où l'antipyrine et la phénacétine ont échoué. On doit surtout l'employer pour combattre le symptôme douleur. Elle a l'avantage de ne déterminer ni gastralgie, ni cyanose, ni phénomènes d'irritation, ni exanthème comme l'antipyrine ou l'acétanilide.

Elle a une certaine valeur comme hypnotique. La dose initiale ne doit

pas dépasser cinq grains (0,32 centigr.). L'auteur préfère la solution alcoolique à la poudre. L. GALLIARD.

Pharmacol. Untersuch. über Hydrastin, Berberin und einige Derivate derselben (Recherches pharmacologiques sur l'hydrastine, la berbérine et quelques dérivés), par Pio MARFORI (*Arch. f. experiment. Pathol. und Pharmakol.*, *XXVII*, *Heft* 3, *p.* 161, 1890).

L'hydrastine agit sur le système nerveux central rachidien. Chez les grenouilles 1 à 2 milligrammes provoquent des convulsions analogues à celles que produit la strychnine. Les convulsions sont précédées par une période d'hyperesthésie. Les extrémités antérieures sont atteintes avant les postérieures.

La respiration accélérée au début finit par s'arrêter. Les contractions cardiaques diminuent de fréquence jusqu'à arrêt diastolique définitif. La mort survient avec toutes les apparences d'une paralysie générale.

L'intoxication chez les animaux à sang chaud évolue avec les mêmes manifestations. Comme faits particuliers il faut noter : la diminution du volume des reins, l'augmentation de la pression artérielle, *le rétrécissement vasculaire*. L'hydrastine s'élimine par les urines. L'acide sulfurique et le bioxyde de manganèse la colorent en jaune orangé. Cette coloration passe bientôt au rouge cerise et au jaune pâle.

L'acide phosphomolybdique la colore en vert foncé d'abord, vert clair par la suite. Cette réaction serait spécifique.

Ces réactions permettent de retrouver l'hydrastine dans les urines. On n'en retrouve pas dans la bile.

La *berbérine* agit sur le cœur en diminuant l'excitabilité du vague. Elle abaisse la pression artérielle et diminue le volume des reins. Cette diminution n'est pas comme pour l'hydrastine, liée au rétrécissement vasculaire, mais à l'affaiblissement de l'activité systolique du cœur.

L'injection d'un mélange d'hydrastine et de berbérine (ce mélange se trouve dans l'extrait d'hydrastis) détermine une augmentation de la pression sanguine et une diminution du volume des vaisseaux. Cette étude montre que l'action de l'hydrastine est dominante dans les effets de l'extrait d'hydrastis. Cet alcaloïde peut donc être, thérapeutiquement, substitué à l'extrait comme hémostatique.

L'*hydrastinine* possède les propriétés physiologiques de l'hydrastine, mais à un moindre degré. (L'hydrastinine dérive de l'hydrastine par oxydation. Il y a formation d'acide opianique et d'hydrastinine.)

L'*hydroberbérine*, qui dérive de la berbérine par fixation d'hydrogène, possède des propriétés très différentes de la berbérine.

Elle provoque une augmentation de la pression artérielle liée à un rétrécissement vasculaire. Ces phénomènes sont sous la dépendance d'une excitation bulbaire.

Les acides opianique, hydrastique et berbérique ne possèdent pas de propriétés physiologiques appréciables. J. WINTER.

Pharmacologische Untersuchung über Colchicumgift (Recherche pharmacologique sur le poison de la colchique), par C. JACOBJ (*Arch. f. experiment. Pathol. und Pharmakol.*, *XXVII*, *f.* 1 *et* 2, *p.* 118, 1890).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La colchicine cristallisée préparée par la méthode de Houdé est identique avec la colchicine décrite par Zeissel;

2° La colchicine se transforme en oxydicolchicine sous l'influence de l'oxygène naissant;

3° La colchicine peut également se transformer en oxydicolchicine sous l'influence des tissus vivants;

4° La colchicine pure est peu active chez les grenouilles;

5° L'oxydicolchicine produit, à la dose de 10 milligrammes chez les grenouilles, des effets analogues à ceux de la vératrine;

6° Les deux substances ont une action identique chez les animaux à sang chaud. On observe tout d'abord, dans la paroi intestinale, des phénomènes d'excitation présentant les caractères d'une gastro-entérite plus ou moins aiguë. Surviennent ensuite des troubles de la sensibilité et de la fonction musculaire. La mort se produit par paralysie du centre respiratoire.

J. WINTER.

Ueber die Wirkungen des Curare und seiner Alcaloide, par J. TILLIE (*Arch. f. experiment. Pathol. und Pharmakol., XXV, fasc. et* 2, *p.* 1, 1890).

Voici les résultats principaux de ce travail.

1° Les nerfs sensibles ne sont pas paralysés par la curarine;

2° La curarine suspend les réflexes chez les grenouilles dont on a lié les extrémités postérieures. Quand on fait usage de fortes doses, cette suspension ne se prolonge pas au delà d'une heure; elle ne se produit pas lorsque l'on sectionne le bulbe avant l'injection;

3° De fortes doses de curarine déterminent du tétanos et une exagération des réflexes lorsqu'une quantité suffisante d'alcaloïde pénètre dans la moelle. Plus généralement, la paralysie vasculaire primitive empêche ces manifestations;

4° La méthylstrychnine agit comme la strychnine. On ne constate de différence que dans l'intensité des phénomènes, qui se manifestent dans un ordre différent;

5° L'injection de curarine dans le système vasculaire provoque toujours un abaissement immédiat de la pression sanguine, dépression qui serait liée à l'action de la toxine sur les nerfs vaso-moteurs périphériques.

J. WINTER.

Ueber Ulex europœus, par KOBERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 19, *p.* 406, 1890).

L'ulex europœus (ajonc) fournit un alcaloïde, l'ulexine, qui a de grandes analogies avec la cytisine, aussi bien au point de vue pharmacologique qu'au point de vue chimique. La ressemblance est telle que Kobert est disposé à identifier ces deux alcaloïdes.

L'ulexine, comme la cytisine, administrée à faible dose et injectée sous la peau, élève la pression sanguine; elle est rapidement résorbée et éliminée par l'urine. Son action diurétique est passagère; elle ne repose que sur l'élévation de la pression sanguine par l'excitation du centre vaso-moteur, et ne peut par conséquent être comparée à celle de la digitale qui influence, en outre, le cœur.

Les doses fortes déterminent des vomissements, des convulsions, de la dyspnée et enfin la mort par paralysie respiratoire. Que si l'on entretient la respiration artificielle, on observe la paralysie périphérique des

nerfs moteurs, absolument comme dans l'empoisonnement par le curare; les muscles sont épargnés.

Le lait des vaches nourries d'ajonc est dangereux pour les enfants.

On peut employer en clinique le nitrate de cytisine ou d'ulexine.

L. GALLIARD.

Ueber Orexin, par MARTINS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 427, 1890).

Le chlorhydrate de dihydrophénylchinazoline, ou orexine de Penzoldt (*R. S. M.*, XXXVI, 498), a été administré, dans le service de Rosenbach, à Breslau, à 29 sujets. Dans 24 cas, le médicament n'a augmenté l'appétit en aucune façon. Chez cinq malades il a produit l'effet annoncé par Penzoldt, mais dans des proportions très restreintes. Au contraire, l'appétit a augmenté chez cinq malades à qui on a fait prendre des pilules qui ne contenaient pas d'orexine. Il faut donc tenir compte, avant de préconiser le médicament, de l'effet moral, et se garder d'attribuer à l'orexine des propriétés apéritives infaillibles. L. GALLIARD.

Le catha edulis, par LELOUP (*Thèse de Paris*, *n°* 334, 1890).

Le catha edulis renferme un principe actif, un alcaloïde. Ce principe agit spécialement sur le système nerveux dont il est un puissant excitant. Il est démontré que ce principe actif possède la propriété d'abolir le sommeil et de soutenir l'activité musculaire. L'usage de cet alcaloïde peut devenir fort utile en thérapeutique dans les cas où l'on a besoin d'obtenir une excitation des centres nerveux. H. CH.

Zur Kenntniss der physiologischen Wirkung der hydrolytischen Fermente, par H. HILDEBRANDT (*Archiv f. pathol. Anat.*, *Band CXXI, Heft* 1).

Hildebrandt injecta sous la peau des lapins, en solution physiologique de chlorure de sodium, de 0gr,1 à 0gr,5 des ferments suivants : pepsine, chimosine (labferment), invertine, diastase, émulsine et myrosine. Ces injections sous-cutanées élevèrent la température de l'animal de 2°C. : l'effet du ferment commença 1 heure et demie après l'injection, atteignit le maximum d'action de 4 à 6 heures après, et continua à agir pendant plusieurs jours.

A l'aide du calorimètre de Richet, Hildebrandt étudia les relations qui existent entre la production et la perte de la chaleur. Dans la plupart des cas, la perte du calorique, comparée à l'état normal, était diminuée pendant la période d'élévation de la température. Plus tard, lorsque la température a atteint un certain degré, la perte du calorique est notablement augmentée, et cet effet se continue jusqu'à la fin de la défervescence, pendant que la production du calorique diminue.

Les ferments injectés sous la peau produisent une fièvre qui, au bout de quelques jours, amène une perte notable du poids du lapin, une grande faiblesse et enfin la mort au milieu des convulsions. Chez le chien, on voit survenir des frissons surtout dans les membres postérieurs ; ils refusent toute nourriture, sauf l'eau. A l'autopsie, on trouve des hémoragies circonscrites dans les muqueuses, les séreuses et parfois dans le poumon, les muscles, les reins et l'encéphale.

En réchauffant les animaux malades (à 41°), ils résistent mieux et

peuvent même survivre à l'intoxication, tandis que les autres abandonnés à la température ambiante (16°), succombent, ce qui semble indiquer que la fièvre produite par le ferment sert à éliminer les matières introduites dans l'organisme.

L'addition des ferments au sang sortant des vaisseaux en retarde la coagulation, de même que leur injection dans les vaisseaux rend le sang moins coagulable pendant quelque temps, sauf à accélérer sa coagulation dans la suite. ÉD. RETTERER.

Note on the bacteria of poisonous mussels (Les bactéries des moules toxiques), par Edmond MACWEENEY (*Brit. med. j., p.* 628, *septembre* 1890).

A l'occasion d'un empoisonnement mortel par les moules, l'auteur a fait des recherches sur les microorganismes qui peuvent en pareil cas devenir pathogènes. Il a successivement étudié le liquide contenu dans le manteau, le byssus et le foie. Dans ces trois organes, les microbes pullulent, mais ceux du foie offrent un intérêt spécial, car ils donnent lieu à des cultures d'odeur fétide et qui paraissent toxiques. Le microbe qui les constitue est un bacille virgule dont les réactions sont identiques avec celles du bacille de Finkler et Prior, et dont l'inoculation est mortelle pour les lapins et les cobayes dans les vingt-quatre heures. H. R.

Poisoning by mussels (Empoisonnement par les moules), par CAMERON (*Lancet, vol. II*, 1890).

Dans le fait d'empoisonnement par les moules, rapporté par Cameron, les accidents d'une extrême gravité consistaient en vomissements, dyspnée, gonflement de la face, incoordination motrice, mouvement spasmodique des bras. Un des enfants empoisonnés mourut en moins d'une heure. La mère et trois autres enfants succombèrent au bout de deux heures. Un seul enfant et la bonne (celle-ci n'avait mangé que quatre moules) survécurent après de graves accidents.

Les moules provenaient d'un fond où l'eau de mer se trouvait souillée par l'arrivage d'eaux d'égout. Comparées aux moules de la pleine mer elles avaient le foie plus gros et les coquilles plus fragiles. L'analyse chimique montra la présence d'une leucomaïne en quantité suffisante pour donner les réactions et former quelques cristaux visibles au microscope, mais en quantité trop faible pour être complètement déterminée. Cameron la croit cependant analogue à la mytilotoxine de Brieger. Aucun autre poison ne fut retrouvé dans les matières vomies. L'empoisonnement fut donc exclusivement produit par les moules rendues nuisibles par l'eau malsaine où elles s'étaient nourries. A.-F. PLICQUE.

A case of poisoning by oil of cedar, par R. M. ELLYSON (*Therapeutic Gazette n°* 6, 1890).

Un homme de 26 ans, atteint de diarrhée chronique, prend une cuillerée à thé d'huile de cèdre. Dix à quinze minutes après avoir absorbé cette dose il éprouva un étourdissement avec bourdonnements d'oreilles et vertige. Presque aussitôt il fut pris de violentes convulsions pendant lesquelles il était cyanosé et avait la bouche ouverte. Quand Ellyson vit le malade, environ une demi-heure après le début des accidents, il était dans le coma, les pupilles fortement dilatées, la respiration normale, le pouls à 130, petit, les muscles de l'avant-bras étaient hyperexcitables et se contractaient au moindre contact. Des vomissements provoqués par l'apomorphine amenèrent l'évacuation d'une

partie de l'huile ingérée. Aussitôt après les vomissements les phénomènes s'amendèrent, les contractures cessèrent et le malade reprit connaissance. Le pouls redevint fort à 90. Au bout de trois jours tous les troubles avaient disparu. A aucun moment il n'y eut d'accidents digestifs.

Ellyson insiste sur la tachycardie qui n'avait jamais été signalée dans les empoisonnements par l'huile de cèdre. H. CH.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose (Nouvelles communications sur un remède de la tuberculose), par R. KOCH (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 1029, 13 *novembre* 1890).

II. — Systematische Anwendung des Koch'schen Specificum gegen Tuberculose bei inneren Krankheiten, par O. FRÄNTZEL et RUNKWITZ (*Ibidem*, *p.* 1053, 20 *nov.*).

III. — Bericht über die ersten nach der Methode des Dr Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tuberculose (Premiers cas de tuberculose chirurgicale traités), par W. LEVY (*Ibidem p.* 1056, 20 *nov.*).

IV. — Ueber die Versuche mit dem Koch'schen Mittel, par KÖHLER et WESTPHAL (*Ibidem*, *p.* 1058, 20 *novembre* 1890).

I. — Koch a parlé au congrès de Berlin d'un remède capable de rendre les animaux réfractaires à la tuberculose ou de guérir la tuberculose. Dès lors il a expérimenté sur l'homme.

Le remède, dont il ne peut indiquer encore la composition, est un liquide brunâtre, limpide, facile à conserver. Pour l'employer il faut le diluer, et pour empêcher la décomposition de la dilution, il faut la stériliser par la chaleur et la conserver dans un flacon bouché à l'ouate, ou bien la fabriquer avec une solution d'acide phénique à 0,5 0/0. On ne se servira que de préparations fraîches.

Les injections sous-cutanées (le remède ne devant pas être administré d'une autre façon) pratiquées au dos, entre les omoplates et la région lombaire, ne déterminent ni douleur ni réaction locale. L'homme se montre beaucoup plus sensible au remède que le cobaye. Au cobaye sain on peut injecter 2 centimètres cubes du liquide non dilué, ou même davantage sans l'influencer d'une façon appréciable. Chez l'homme, une dose de 0,25 centimètres cubes détermine une réaction intense.

Chez l'homme sain, on n'obtient rien si l'on emploie moins de $0^{cc},01$, c'est-à-dire 1 centimètre cube de la solution au centième. Cette dose produit de légères douleurs des membres et une courbature passagère. La température ne s'élève guère au-dessus de 38°.

Il en est de même de l'homme malade non tuberculeux. Chez le tuberculeux, au contraire, la même dose de $0^{cc},01$ produit des phénomènes tout différents, car le remède a une action spécifique sur tous les processus tuberculeux indistinctement.

La réaction générale se traduit au bout de quatre ou cinq heures par un violent frisson suivi d'élévation de la température à 39°, 40° et même 41° ; douleurs des membres, lassitude extrême, toux, nausées, vomissements ; parfois un léger ictère ; parfois un exanthème morbilliforme au cou et à la poitrine. L'accès dure de douze à quinze heures. Dès qu'il est terminé, les malades éprouvent un réel bien-être.

La réaction locale doit être étudiée, avant tout, sur une tuberculose qui évoluant à découvert se prête merveilleusement à l'observation : le lupus. Quelques heures après l'injection, et même avant le frisson de la 5e heure, on voit la surface du lupus se tuméfier, rougir, et, les phénomènes s'exaspérant, présenter des points brun-rouge et des eschares. Quand les foyers sont limités, ils s'entourent d'une première zone blanchâtre et d'une seconde rouge vif. Après la défervescence, la tuméfaction diminue ; elle peut disparaître en deux ou trois jours. La surface lupique se couvre alors de croûtes qui tombent au bout de deux ou trois semaines et laissent subsister une cicatrice lisse et rouge.

Sur certains points, immédiatement après la première injection, le tissu malade se mortifie pour s'éliminer ultérieurement sous forme d'eschare ; sur d'autres il y a une atrophie, une sorte de fonte qui ne devient complète qu'à la suite d'injections répétées. D'ailleurs le processus est rigoureusement limité aux parties tuberculeuses *vivantes* ; il respecte les cicatrices, les eschares, les masses caséeuses mortifiées, les os nécrosés, etc.

Quelle est la nature exacte du processus ? L'examen histologique ne permet pas encore de le déterminer. Une chose est certaine : il s'agit, non pas de l'anéantissement des bacilles tuberculeux, mais de la mortification du tissu qui renferme ces bacilles. Le remède tue donc uniquement le tissu tuberculeux.

Le but thérapeutique sera donc de nécroser le tissu tuberculeux, puis d'en favoriser l'élimination par tous les moyens, même chirurgicaux. Que si l'intervention chirurgicale est impossible, on devra répéter les injections, afin de mettre les tissus sains à l'abri de l'invasion des bacilles.

Les doses injectées peuvent être rapidement croissantes : l'auteur conçoit, en effet, que la disparition progressive des tissus tuberculeux, seuls atteints par le remède, puisse augmenter la résistance de l'organisme et causer l'amoindrissement de la réaction. Aussi a-t-il pu injecter au bout de trois semaines des quantités cinq cents fois plus considérables qu'au début.

Chez les malades atteints de lupus, on a mis une ou deux semaines d'intervalle entre les injections (la dose étant toujours de $0^{cc},01$) et on a continué jusqu'au moment où la réaction est devenue nulle.

Le remède manifeste d'une façon tellement certaine son action élective sur les tissus tuberculeux, que quand il est inefficace on peut affirmer l'absence de tuberculose. On a donc là un précieux moyen de diagnostic. Ce moyen sera utilisé dans tous les cas de tuberculose douteuse.

A côté du lupus, l'auteur signale les réactions identiques de la tuberculose des ganglions lymphatiques, des os, des articulations ; partout il a observé la tuméfaction, la rougeur, l'endolorissement. Le succès thérapeutique a été le même : rapide dans les cas récents et légers, lent dans les anciens et graves.

Dans la tuberculose pulmonaire, la réaction est particulièrement vive; la dose initiale de 0cc,01 est trop forte. Koch injecte d'abord 0cc,001 et répète l'injection journellement jusqu'à ce que l'élévation de température fasse défaut; alors il administre 0cc,002 et dès qu'il constate l'absence de réaction, il ajoute progressivement des doses de 0cc,001 ou 0cc,002 jusqu'à ce qu'il atteigne 0cc,01 ou davantage. Il réussit de cette manière à faire supporter aux phtisiques des doses considérables. Quelques-uns cependant ont subi d'emblée un traitement intensif, et le succès a été rapide.

Chez les phtisiques, à la suite des premières injections, on note d'abord l'augmentation de la toux et de l'expectoration qui diminuent ensuite rapidement, pour disparaître dans les cas favorables. Les crachats cessent d'être purulents ; ils deviennent muqueux, et c'est alors seulement que le nombre des bacilles diminue. Les bacilles peuvent faire défaut à certains moments puis reparaître avant l'époque où l'expectoration elle-même est supprimée.

Il faut un mois ou six semaines pour guérir la tuberculose au début. Les sujets qui portent des cavernes de dimension modérée peuvent être améliorés et presque guéris. Ceux-là seulement qui ont des cavernes multiples et volumineuses sont privés de toute amélioration locale, bien qu'on voie leur expectoration diminuer et leur état général se modifier favorablement.

Le remède est infaillible dans la tuberculose pulmonaire au début. Il y a donc là, de même que dans les tuberculoses chirurgicales simples, une indication thérapeutique dont l'importance n'échappera à personne.

II. — Le 13 septembre 1890, ont commencé les premières expériences systématiques à l'hôpital de la Charité.

Chez les sujets sains, les doses faibles ne produisent rien ; les doses fortes produisent une réaction fébrile (39°), du frisson, des douleurs dans les membres, de la courbature.

Chez un homme de 18 ans, délicat, offrant une incurvation vertébrale et de la douleur au niveau des vertèbres cervicales, de faibles doses ont déterminé une réaction qui, en l'absence de symptômes pulmonaires, ont fait penser à une tuberculose latente; trois jours après la dernière injection il a eu du gonflement des deux genoux.

Quatre phtisiques avancés ont subi quelques injections; trois ont eu l'élévation de température ; chez deux d'entre eux l'autopsie a montré l'absence de processus de guérison.

Huit phtisiques peu avancés ont fourni des résultats intéressants :

1° Homme de 21 ans, ramollissement du sommet droit, rien à gauche. Crachats sanguinolents. Bacilles tuberculeux n° 6 d'après la table de Gaffky. Traitement durant trente-cinq jours.

Trois jours de suite, injections de 0cc,001, puis survient une hémoptysie ; on laisse deux jours de repos au malade. Le 6e jour injection de 0cc,01 ; de même le 8e jour. Le 9e jour, 0cc,02; de même le 11e jour. Le 12e jour, 0cc,03. Le 13e jour 0cc,04 ; à ce moment bacilles n° 5. On augmente les doses quotidiennement ; le 20e jour on injecte 0cc,1, et à partir de ce moment la même dose tous les deux ou trois jours jusqu'au 32e jour.

Or, après avoir constaté, les 14e et 15e jours, bacilles n° 4, on note trois fois de suite l'absence complète de bacilles ; le même fait se reproduit le 28e jour ; à partir du 33e jour on ne retrouve plus de bacilles.

A ce moment les râles du sommet gauche sont très rares, les crachats

sont vitreux et peu abondants, les sueurs noctures ont disparu, le poids du corps a augmenté d'une livre et quart, l'état général est bon.

Les autres observations sont la reproduction de celle-ci ; nous nous abstenons de les analyser.

Pour ce qui concerne les bacilles, on en remarque la diminution et même la disparition temporaire. On constate en outre des modifications morphologiques : la plupart deviennent étroits et perdent la moitié de leur longueur ; quelques-uns sont gonflés aux extrémités (forme de biscuit) ; certains présentent une rupture médiane ; d'autres sont fragmentés, paraissent composés de quatre fragments, moniliformes.

L'amélioration des phénomènes généraux et locaux est manifeste dans ces huit observations.

III. — W. Lévy a institué, sous la direction de Koch, les premières expériences sur la tuberculose chirurgicale, à partir du 22 septembre. La première de ses observations se rapporte à ce lupus dont la rapide transformation a fixé l'opinion de Koch sur la valeur de son remède. Elle a donc un intérêt historique considérable.

1° Anna T., 23 ans, souffre depuis l'âge de 14 ans d'abcès des os. Une fistule ossifluente est devenue au bras gauche le point de départ d'un lupus, qui, en trois ans, s'est étendu à tout le membre supérieur gauche, au cou et aux deux joues. La peau n'est saine qu'au pli du coude ; partout ailleurs on voit les cicatrices caractéristiques entourées d'une zone rouge-brun, étroite, laquelle contient des nodules. A l'avant-bras, à la main, à la joue droite, existent de petites tumeurs recouvertes de croûtes épaisses.

Le 8 octobre, injection de 0cc,1 du remède dans la peau du dos, à 10 heures du matin ; l'après-midi, T. 40°,6 ; le soir, inconscience, délire, ces phénomènes ne cessent que le 10 octobre vers midi.

La réaction locale qui s'est manifestée en même temps que le frisson et la fièvre atteint son maximum le 9 octobre ; gonflement, œdème du membre supérieur, et surtout saillie de tous les nodules qui s'entourent d'une zone rouge foncé large de deux doigts. Quant aux petites tumeurs elles ont pris une teinte bleu foncé et se sont gonflées ; à la coupe, elles ressemblent à des caillots sanguins desséchés.

Du reste, disparition rapide du gonflement et de la rougeur ; dessèchement des tumeurs qui ont l'air d'avoir été brûlées au fer rouge. Quand les eschares tombent, au bout de huit jours, on voit sous les unes la peau presque cicatrisée, sous les autres des surfaces granuleuses qui vont bientôt fournir des cicatrices. Apyrexie.

Le 27 octobre, seconde injection de 0cc,1. Réaction un peu moins vive que la première fois. T. 40°. Gonflement et rougeur, mais pas d'eschare.

Le 5 novembre, injection de 0cc,1. T. 41°.

Le 6 novembre, injection de 0cc,1. T. 40°,5. Pas de perte de connaissance.

Ensuite injections tous les deux jours. Dès que la réaction fait défaut, on augmente la dose injectée de 0cc,1 jusqu'à 1cc. Actuellement l'aspect est le même qu'avant la seconde injection.

2° Mlle K., 34 ans ; lupus de l'extrémité supérieure gauche et de l'épaule depuis dix-huit ans ; nodules et croûtes.

Le 15 octobre, injection de 0cc,1. Le soir, 40°, 1 ; pas de perte de connaissance. Exanthème scarlatiniforme. Ulcérations des gencives. Deuxième injection le 1er novembre, mais seulement de 0cc,05. T. 40°,4.

Le 8 novembre, troisième injection de 0cc,1. T. 39°,7. Réaction moindre. Tendance générale à la cicatrisation, surtout au dos de la main.

Un malade atteint de tuberculose vésicale a éprouvé, à la suite de l'injec-

tion, du ténesme, et la nuit il eu de la rétention d'urine. Au bout de vingt-quatre heures les accidents avaient disparu.

Dans un cas de tuberculose du larynx, pas de trouble respiratoire après l'injection.

La tuberculose articulaire a donné les résultats suivants : Deux enfants atteints de tumeur blanche du genou, et un homme de 40 ans atteint de tumeur blanche du poignet, ont été guéris.

Une ostéite tuberculeuse d'un métatarsien avec fistule ossifluente a été guérie chez un garçon de 3 ans.

Il faut toujours continuer le traitement jusqu'à ce que la réaction cesse.

IV. — Les recherches ont été commencées, à la clinique chirurgicale de Bardeleben, le 11 octobre. Elles ont porté sur 12 malades.

Chez 4 malades qui portaient des plaies, ulcérations ou cicatrices non tuberculeuses et qui n'offraient aucun symptôme de tuberculose interne, résultats nuls, pas de réaction. Chez 1 malade douteux, pas de réaction locale.

Chez les 7 autres, nettement tuberculeux, résultats conformes aux données de Koch. Réaction générale violente ; au bout de six heures, frisson, élévation de température à 40°, accélération du pouls (130 à 160 pulsations) défervescence en vingt-quatre heures. Quand on renouvelle les injections, la réaction s'affaiblit progressivement, même en augmentant les doses. Trois fois l'exanthème a été noté ; deux fois l'ictère. Réaction locale extrêmement accusée sur le lupus, sur les ganglions tuberculeux, sur les arthrites tuberculeuses.

Chez une tuberculeuse, on a vu, trois jours après l'injection de 0cc,01, une kératite aiguë avec congestion péricornéenne et ulcération longue de 4 millimètres ; peut-être y avait-il dans l'œil du tissu tuberculeux.

Voici les observations les plus frappantes :

Anna G... 21 ans, cicatrices consécutives à l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou. Trois injections de 0cc,01 (le 23 octobre, les 8 et 13 novembre). C'est chez elle qu'on constate les déterminations oculaires. Les cicatrices rougissent et se tuméfient. Après chaque injection, exanthème morbiliforme.

Frida B... 20 ans, rhumatisme tibio-tarsien chronique bilatéral, cicatrice consécutive à l'extirpation de ganglions tuberculeux. Le remède n'a aucune influence sur les articulations qui, plus tard, sont influencées par le salicylate de soude. Au contraire, la cicatrice rougit, se tuméfie, devient douloureuse.

Thérèse K..., 20 ans, spina-ventosa du médius gauche, injections de 0cc,002 le 11 novembre, de 0cc,006 le 13 novembre. Dès le 14 novembre, on constate que le pourtour du doigt a diminué d'un centimètre ; le doigt qui ne pouvait exécuter aucun mouvement de flexion se plie à angle droit.

L. S..., 18 ans, tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le 11 octobre, injection de 0cc,001. Jusqu'au 27 octobre, 9 injections progressivement croissantes jusqu'à 0cc,006. Le 8 novembre 0cc,001, le 11 0cc,002, le 13 0cc.01. Réactions vives. A la fin, la jointure est encore rouge et gonflée ; il y a des points fluctuants. Les mouvements restent fort restreints.

B. F..., 18 ans, tumeur blanche du genou gauche, traitée depuis le 17 octobre ; 8 injections, en tout 0 ,062. Rougeur et gonflement modérés. Le 14 novembre, pas de modification des dimensions du genou, mais amélioration notable de la motilité ; la flexion active est possible ; on peut plier le genou jusqu'à l'angle de 45°.

L. GALLIARD.

Welchen Einfluss über die Einathmung heisser Luft auf die Temperatur der Lunge ? (Influence de l'air chaud sur la température du poumon), par SEHRWALD (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 15, *p.* 303, 1890).

Les expériences sur les chiens ont montré à l'auteur que l'inhalation par le nez d'air sec dont la température est portée de 50° à 350° n'élève

la température du poumon que de 1°, même quand cette inhalation se prolonge pendant 1 heure 1/2.

Le même résultat peut du reste être obtenu par la respiration de l'air non chauffé de la chambre, pourvu que les mouvements respiratoires soient accélérés et forcés. On peut en conclure que dans le premier cas l'élévation de température du poumon a été due à de pareilles modifications de la respiration plutôt qu'à la température de l'air inhalé, car l'inhalation par le nez a toujours pour résultat d'accélérer et de rendre plus étendus les mouvements respiratoires.

On ne peut donc espérer de soumettre par ce procédé les bacilles contenus dans le poumon à une température de 41°.

L'injection d'air sec dans la trachée (qui ne peut être faite au-dessus de 80°) ne fournit pas de résultat plus accentué. L. GALLIARD.

Alcune osservazioni sulla cura della tubercolosi pogmonare mediante l'apparecchio di Weigert, par A. RIVA, (*Il Morgagni, mai* 1890).

Comme presque tous les auteurs qui ont expérimenté le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air surchauffé, Riva n'a pas eu à se louer des résultats obtenus. Chez tous les malades, sauf un qui n'a pas tardé à avoir une hémoptysie, il a vu les signes locaux progresser pendant la durée du traitement, loin de voir diminuer les symptômes catarrhaux, la matité et l'étendue des cavernes comme l'avaient prétendu les promoteurs de la méthode : le nombre des bacilles ne diminue pas, la toux ne devient pas moins fréquente, la fièvre ne se modère pas, l'appétit n'est pas modifié et le poids du corps continue à diminuer. GEORGES THIBIERGE.

Des injections d'huile créosotée chez les tuberculeux, par L. DOR (*Revue de médecine, octobre* 1889 *et février* 1890).

Les injections d'huile créosotée au 1/20 sont bien supportées par la plupart des malades ; elles ne donnent lieu à aucun accident local ou général. On peut injecter sans difficulté 2 centimètres cubes, deux fois par jour, soit 20 centigrammes de créosote.

Les expériences sur les animaux ont appris que l'huile pénètre jusqu'aux alvéoles et qu'elle y séjourne une quinzaine de jours. Dor croit qu'ainsi administrée, elle peut produire une amélioration chez les tuberculeux au 1er et au 2e degré.

Quant aux phtisiques à cavernes, il pense que l'on devrait s'adresser à un antiseptique plus puissant, peut-être au naphtol camphré. Les injections d'huile créosotée doivent être continuées pendant au moins deux mois. Dans la plupart des cas sous l'influence de ce traitement l'expectoration diminue, les points de côté disparaissent, l'appétit renaît et le poids du corps augmente ; les signes stéthoscopiques sont un peu modifiés. C. GIRAUDEAU.

De la suppression de tout lavage de la cavité pleurale après l'opération de l'empyème, sauf les cas d'épanchements putrides, par BUCQUOY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 6 *juin* 1890).

Bucquoy rapporte 4 observations de pleurésies purulentes guéries

par la pleurotomie non suivie de lavages; dans deux cas il s'agissait de pleurésies métapneumoniques; et la guérison est survenue en un et deux mois; dans le troisième cas il s'agissait d'une pleurésie chronique atone, du genre de celles qu'a décrites Gueneau de Mussy : guérison en six semaines; dans le quatrième cas, la guérison est survenue en un mois, quoique la pleurésie se fût déclarée au décours de l'influenza et que l'examen bactériologique montrât l'existence du streptococcus pyogenes aureus. — Dans tous ces cas Bucquoy avait pratiqué une antisepsie rigoureuse pour le lavage du thorax, l'incision et le pansement. Il conseille l'ouverture large de la poitrine dès que la présence du pus est constatée. H. L.

Ueber die Folgen subcutaner und intraperitonealer Hämaglobininjectionen (Conséquences des injections sous-cutanées et intra-péritonéales d'hémoglobine), par E. STADELMANN et H. GORODECKI (*Arch. f. exper. Pathol. und Pharmacol.*, *fasc.* 1 *et* 2, *p.* 93, 1890).

Les pigments biliaires augmentent aussi bien sous l'influence des injections intrapéritonéales d'hémoglobine que sous celle des injections de la même substance dans les vaisseaux. Les autres éléments biliaires ne sont pas augmentés.

Ces résultats confirment l'opinion précédemment émise par les auteurs que le foie recueille une partie de l'hémoglobine dissoute dans le sang et la transforme en bilirubine. J. WINTER.

I. — Ueber die Anwendung der Anilinfarbstoffe, par STILLING (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 24, 16 *juin* 1890).

II. — Anilinfarbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis, par STILLING (*Strasbourg*, 1890).

III. — Ein Beitrag zur Kenntniss des Pyoktanins, par JÆNICKE (*Fortsch. d. Med.*, *n°* 12, 1890).

IV. — Die Werwendung des Pyoktanins in Nase und Hals, par BRESGEN (*Deut. med. Woch.*, *n°* 24, 1890).

V. — Weitere Mittheilungen ueber die Anwendung des Pyoktanins in Nase und Hals, par BRESGEN (*Therap. Monats. octobre* 1890).

VI. — Ein Beitrag zur Kenntniss des Pyoktanins, par BRAUNSCHWEIG (*Fortsch. d. Med.*, *n°* 11, 1890).

VII. — Erfahrungen über die bakterientödtente... (Action bactéricide des couleurs d'aniline), par FESSLER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 25, 24 *juin* 1890).

VIII. — Das Methylviolet, par Oscar LIEBREICH (*Therap. Monatsh.*, *juillet* 1890).

IX. — Ueber Methylviolette als Antisepticum in der chirurgische Praxis, par RŒLOFFS (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 25, 1890).

X. — Ueber die schmerztillende Wirkung des Methylenblau, par EHRLICH et LIPPMANN (*Deut. med. Woch.*, *n°* 23, 1880).

XI.— Ueber die Anwendung des Anilinfarbstoffe als antiseptica, par CARL (*Forts. d. Med.*, *n°* 10, 1890).

XII. — Les couleurs d'aniline en thérapeutique, par LEFLAIVE (*Bull. méd.*, 20 *juillet* 1890.

XIII. — Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du bleu de méthylène, par COMBEMALE et FRANÇOIS (*Soc. de biol.*, 19 *juillet* 1890).

XIV. — Valeur antiseptique des couleurs d'aniline, par PETERSEN (*Wratch.*, *n°* 20, 1890).

XV. — De l'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptique, par VAQUEZ (*Mercredi méd.*, 23 *juillet* 1890).

XVI. — Le pouvoir antiseptique des couleurs d'aniline et leur emploi en thérapeutique, par G. SÉE et MORAN (*Médecine moderne*, *n°* 20, 1890).

XVII. — De la valeur antiseptique des couleurs d'aniline et de leur emploi en ophtalmologie, par NOGUÈS (*Ibidem*, 21 *août* 1890).

XVIII. — Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde, par PATRZEK (*Allg. med. Cent. Zeit.*, *n°* 63, 1890).

XIX. — Pyoktanin bei Larynxcroup, par KELLERER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 32, 1890).

XX. — Ueber Pyoktaninbehandlung von Cornealgeschwüren, par Otto SCHEFFELS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 636, 14 *juillet* 1890).

I et II. — Stilling a été conduit à préconiser les couleurs d'aniline pour leur action antiseptique, en vertu des considérations suivantes : 1° Elles sont complètement inoffensives. Leur non-toxicité a été entr'autres démontrée indubitablement par Grandhomme (*R. S. M.* XVIII, 71). Injectées en grande quantité dans la cavité péritonéale, elles déterminent il est vrai la mort, mais c'est par un effet mécanique. 2° Elles sont très diffusibles. 3° Elles ne coagulent pas l'albumine, propriété précieuse dont ne jouissent pas les désinfectants usités jusqu'ici. 4° Leur puissance antibactérienne les rapproche beaucoup du sublimé. Kremianski (voy. *R. S. M.*, XXX, 73) avait déjà employé l'aniline contre la tuberculose pulmonaire.

C'est surtout pour combattre la suppuration que les couleurs d'aniline paraissent devoir être utiles. Mais la question, toute nouvelle, est encore à l'étude, et Stilling s'élève énergiquement contre les applications intempestives et irrationnelles qui ont déjà été faites des couleurs d'aniline, dans la tuberculose vésicale, les cysticerques intraoculaires, les granulations conjonctivales, le cancer, le lupus, etc.

Actuellement, leurs applications doivent être bornées aux plaies suppurantes, aux ulcères, aux onyxis, et l'on est sûr d'en obtenir de bons résultats.

On s'en servira en substance pour *saupoudrer* les vastes plaies et les grandes surfaces ulcérées jusqu'à former une croûte solide qui s'éliminera spontanément.

Avec de *gros crayons*, on touchera les onyxis, les plaies et ulcérations de petite étendue, les brûlures. Le crayon d'aniline sera humecté au préalable, et l'attouchement devra être assez énergique pour donner lieu à une couche de revêtement coloré. Il se peut qu'on soit obligé de répéter l'opération. Le jaune d'aniline (auramine) suffit pour les simples écorchures ; pour les plaies plus importantes, le bleu est préférable, parce que son action antiseptique est beaucoup plus forte. Les *petits crayons* d'aniline trouvent leur emploi en oculistique, dans les ulcères

de la cornée. De même la *poudre* de bleu au millième dans les affections conjonctivales peu graves; à 2 0/0 dans les autres. La *pommade*, à 2 0/0 (si besoin est, au dixième), servira dans la blépharite ciliaire, l'eczéma. Les *solutions* variant du millième au centième sont également utilisables dans les affections oculaires sous forme d'instillations, répétées une ou plusieurs fois par jour. Pour les cas moins graves, on donnera la préférence au jaune d'aniline qui procure aux malades une sensation de fraîcheur agréable. Ces solutions, se décomposant rapidement à la lumière, devront être conservées dans des flacons foncés et renouvelées tous les 3 jours ; leur décomposition est annoncée par leur décoloration. J. B.

III. — Jænicke ne croit pas que les couleurs d'aniline puissent être considérées comme des antiseptiques suffisants dans les affections profondes. Il s'appuie, pour émettre cette opinion, sur le résultat de ses expériences : le violet de méthyle mis dans une culture de staphylococcus aureus, de streptocoque, de bacille charbonneux, arrête le développement si la culture est faite avec le bouillon ordinaire; si au contraire la culture est faite avec le sérum sanguin, l'action est beaucoup moins prononcée.

IV et V. — Bresgen a employé la pyoctanine dans les affections nasales et pharyngées, à titre de pansement à la dose de 0,20 0/0 d'eau.

Il emploie maintenant une solution à 0,10 pour 25 grammes et même à 0,30 pour 25 grammes. Il faut employer les solutions fraîches, les couleurs d'aniline s'altérant facilement, et les conserver dans des flacons bleus ou bruns.

L'action de la pyoctanine semble liée à son pouvoir colorant, et ses effets sont moindres lorsque les tissus malades ne sont pas suffisamment colorés.

La pyoctanine fut d'abord essayée, après les publications de Stilling, contre les suppurations nasales. Ce n'est pas là pour Bresgen son indication principale.

Il l'emploie en la portant sur la muqueuse nasale, préalablement cocaïnisée ou non, avec un stylet porte-ouate.

On sait qu'il survient d'ordinaire, après les cautérisations (galvanocaustique, acide chromique) de la muqueuse nasale, un gonflement notable, puis de la suppuration et enfin, au niveau de la plaie, un exsudat fibrineux, se reproduisant 4 et 5 fois avant la guérison. Avec la pyoctanine, appliquée après l'opération, le gonflement et la suppuration sont négligeables et la plaie guérit très vite après la chute de l'eschare. Il y a là un avantage considérable pour le traitement des sténoses nasales. L'action sur la suppuration n'est nette qu'avec les solutions fortes.

Bresgen a aussi obtenu de bons résultats pour les affections du retropharynx. Il a peu d'expérience pour ce qui touche le larynx, mais il ne croit guère à l'influence de la pyoctanine contre les ulcérations tuberculeuses. P. TISSIER.

VI. — L'emploi de la pyoctanine donne souvent lieu à des troubles fonctionnels : cuisson plus ou moins durable, quelquefois de vives douleurs malgré les applications de cocaïne.

L'instillation d'une goutte de la solution au 1000e ou l'attouchement

avec le crayon détermine une vive injection ciliaire ; la conjonctive, même saine auparavant, devient extrêmement rouge et tuméfiée. Dans trois cas de kératite parenchymateuse, sans participation de la conjonctive, il se développa une violente inflammation avec membranes croupales, dans les points de la conjonctive effleurés par le crayon ; chez un lapin l'instillation d'une goutte toutes les heures (en tout 12 et 15 gouttes) de la solution au 1000e détermina une inflammation diphtéroïde analogue à l'ophtalmie due au jequirity. Quelques malades ont eu de la xanthopsie, l'imprégnation par la matière colorante ne dure, en général, que quelques heures.

Braunschweig a employé cette substance chez 70 malades, atteints d'affections oculaires ; il a fait usage de crayons et de solutions variant de 1 à 5 0/0.

Les cas traités peuvent se répartir en trois groupes. Le premier comprend les cas où l'influence du médicament a été favorable ; ainsi la pyoctanine a paru donner un assez bon résultat dans un cas de panophtalmie, dont il a retardé l'évolution et dans les blépharites ciliaires. Le 2e groupe comprend la majorité des cas, ceux où l'emploi de la matière colorante n'a présenté aucun avantage évident ; des ulcérations de la cornée ont guéri ; mais rien ne prouve que la guérison ne se serait pas effectuée plus promptement avec la cautérisation et la paracentèse ; l'auteur ne peut donc souscrire à l'opinion de Stilling, qui considère les couleurs d'aniline comme bien supérieures à tous les autres moyens dans le traitement des ulcères de la cornée ; la suppuration n'est entravée en aucune façon. Dans le 3e groupe sont rangés les cas où l'emploi de l'aniline n'a donné que des résultats défavorables : aggravation des symptômes, provocation de nouveaux désordres, les inflammations conjonctivales sont une contre-indication absolue à l'emploi de la pyoctanine. G. LYON.

VII. — Le violet de méthyle à la dose de 1/10 de milligramme pour 5 à 8 centimètres cubes de bouillon de culture empêche le développement des staphylocoques pyogène albus, pyogène aureus, ureus albus ?

Des fils d'inoculation chargés de cultures de staphylocoque, plongés dix minutes, dans une solution de violet de méthyle au 10/1000 donnent des ensemencements stériles.

L'inconvénient du violet de méthyle est son pouvoir tinctorial, mais en raison de son action antiseptique très marquée, de son peu de toxicité, il convient à la désinfection des plaies profondes. P. TISSIER.

VIII. — La pyoctanine n'est pas une substance définie, mais un mélange de plusieurs matières colorantes dérivées de la rosaniline (méthyl-, tétra-, penta-, para-rosaniline, associées ordinairement dans le violet du commerce avec du méthyl-violet benzylé, du benzaldéhyde dans l'alcool benzylique, etc.). Le violet de méthyle du commerce n'a pas toujours une composition identique et peut-être est-ce là l'origine des résultats contradictoires obtenus par différents auteurs. Une des raisons qu'on peut encore invoquer à l'appui de cette opinion, c'est l'absence d'action sur les microbes d'une matière colorante très voisine du violet de méthyle, le bleu Victoria.

Le reste du mémoire de Liebreich est consacré à l'exposé des résultats obtenus par Bresgen, de Braunschweig et Mauthner, etc.

Il insiste surtout sur les expériences de Jaenicke et note la contradiction qui existe entre les expériences in vitro et celles qui se passent dans l'organisme. Le résultat pratique qui découle des recherches de Jaenicke est l'utilité du violet de méthyle comme désinfectant. Un séjour de cinq minutes dans une solution de violet de méthyle à 2 0/0 suffit à stériliser des objets infectés avec le staphylocoque doré. P. TISSIER.

IX. — Les expériences de Roeloffs, dans 15 cas de plaies en voie de suppuration ou de bourgeonnement, avec une solution aqueuse au 1/2500 de cette substance, ne lui sont pas favorables.

Jamais Roeloffs n'a vu la suppuration s'arrêter, comme l'annonce Stilling, ni même la cicatrisation s'accélérer.

Les ulcères non détergés n'ont éprouvé non plus aucun bon effet de pyoctanine.

5 fois sur les 15, les pansements au violet de méthyle ont provoqué le développement d'un eczéma au pourtour des bords de la plaie. Un inconvénient, c'est la coloration violette qu'il est très difficile de faire disparaître. J. B.

X. — On sait que le bleu de méthylène a une efficacité spéciale pour le cylindre-axe des nerfs sensitifs. De là, la pensée de l'employer contre la douleur.

Ehrlich et Lippman ont fait d'abord des injections sous-cutanées de 1 centigramme, puis ils ont atteint progressivement la dose de 8 centigrammes; à l'intérieur, ils ont administré le bleu de méthylène dans des capsules de gélatine qui contenaient de 10 centigrammes à 50, ne donnant pas plus de un gramme par jour.

Les injections ne sont pas douloureuses; le médicament ne produit du reste aucun désordre. Au bout de quinze minutes à une heure, l'urine devient vert clair, au bout de deux heures vert bleu, au bout de quatre heures bleu foncé; elle ne contient, du reste, pas de produit pathologique; la salive et les matières fécales sont également teintées en bleu.

La douleur est calmée dans toutes les névrites, dans les affections rhumatismales des muscles, jointures et gaines tendineuses; l'effet commence au bout de deux heures et devient définitif quand on augmente suffisamment les doses.

Le remède échoue dans la neurasthénie générale et dans la syphilis. Deux fois, il a réussi contre la migraine angiospasmodique.

Pas d'action antipyrétique. L. GALLIARD.

XI. — Carl s'est servi, pour le traitement des affections oculaires, de la fuchsine, du violet de gentiane, du bleu de méthyle et du violet de méthyle en solutions aqueuses. Il n'a pas obtenu dans le traitement des diverses variétés des conjonctivites et des ulcérations de la cornée les résultats favorables annoncés par Stilling : il relate un cas d'ulcère serpigineux de la cornée où l'emploi de la solution de violet de méthyle a été suivi de la formation d'un abcès et de fonte de la cornée. G. LYON.

XII. — Revue générale sur les travaux parus à ce jour.

XIII. — Une dose de 3 décigrammes de bleu de méthylène pur en injections hypodermiques suffit à tuer un cobaye. A l'autopsie de l'animal on trouve les organes abdominaux colorés en bleu, sauf le foie; les poumons sur une épaisseur de plusieurs millimètres, la membrane in-

terne ainsi que les tuniques musculaires du cœur et des vaisseaux ont pris la même coloration. Les centres nerveux, dans leurs parties grises, présentent une teinte semblable. Quant au nerf périphérique, le microscope n'a révélé aux auteurs aucune coloration du cylindre-axe. Donc, contrairement à l'opinion d'Ehrlich, le bleu de méthylène ne se fixe pas pendant la vie sur les cylindre-axes des tubes nerveux.

Cependant cette substance réussit toujours quand on l'administre à titre d'analgésique dans les névralgies. Dans les névrites et dans les douleurs d'origine centrale le succès est moins certain. Dans le rhumatisme aigu simple il agit également bien.

On l'administre sous forme pilulaire à la dose de 2 décigrammes par jour. L'action analgésique se manifeste au bout de deux heures environ et se prolonge pendant six à huit heures.

XIV. — Petersen se félicite des résultats obtenus avec la pyoctanine dans le traitement des affections vénériennes, ulcérations, gommes suppurées, ozène, etc.

XV. — Revue sur ce sujet.

XVI. — D'expériences faites sur des animaux auxquels les auteurs ont pratiqué des injections intra-veineuses de ces diverses substances, ils concluent que les couleurs d'aniline, de la série aromatique, privées de phénol et d'arsenic, ne sont pas toxiques. Ces substances jouissent d'un pouvoir antiseptique variable ; les plus puissantes sont les violets de méthyle, le vert malachite, la safranine. Les auteurs ont fait dans un cas de phlegmon périutérin avec évacuation incomplète du pus des lavages avec la safranine en solution à 1 pour 2500 et la suppuration n'a pas tardé à se tarir ; dans un cas d'amygdalite avec suppuration assez notable des cryptes amygdaliennes, après des attouchements avec une solution de vert malachite à 1 pour 2500, la suppuration a cessé en trois jours. De ces deux seuls faits et de quelques expériences sur des suppurations chez les animaux, les auteurs concluent que les couleurs d'aniline modifient favorablement les suppurations et peuvent même les prévenir. G. THIBIERGE.

XVII. — Les solutions des divers méthyles violets (5 B, 300 BB, BB) sont toujours tolérées par l'œil au titre de 1 pour 2000, très souvent au titre de 1 pour 1000; la pyoctanine en solution au millième ne provoque ni douleur ni inflammation. Ces substances, d'un emploi facile et exemptes de dangers, paraissent remplir les conditions d'un bon antiseptique dans toutes les suppurations de la conjonctive et dans toutes les affections inflammatoires de la cornée; elles paraissent moins actives dans le traitement des granulations. GEORGES THIBIERGE.

XVIII. — Patrzek a traité plusieurs otites avec la solution à 0,1 sur 200, sans obtenir de résultats bien marqués sur la suppuration.

XIX. — Essai d'inhalations de pyoctanine à 0,05 sur 100 dans deux cas de croup. A. C.

XX. — Scheffels n'a obtenu que de mauvais résultats dans les ulcères de la cornée que, suivant la recommandation de Stilling, il a essayé de traiter par les crayons et solutions de couleur d'aniline. J. B.

I. — Ueber die dermato-therap. Wirsamkeit einer neuen Iodverbindung, des Aristol (Emploi dans la dermato-thérapie de l'aristol), par EICHHOFF (*Monats. f. prakt. Dermat.*, *X*, *n°* 2).

II. — Aristol bei der Behandlung der nasopharyngen Syphilose, par SCHUSTER (*Ibidem*, *X*, *n°* 6).

III. — Das Aristol in der Gynækologie, par SWIECICKI (*Œst. Ung. Cent. f. med. Wiss.*, *n°* 2, 1890).

IV. — Ueber Aristol, par SEIFERT (*Wiener klin. Woch.*, *n°* 18, 1890).

V. — *Idem*, par HUGHES (*Deutsch. med. Woch.*, *n°* 18, 1890).

VI. — Large épithélioma de la face cicatrisé par la poudre d'aristol, par BROCQ (*Soc. méd. des hôp.*, 25 *avril* 1890).

VII. — Das Aristol in der Behandlung der Psoriasis, par C. SCHIRREN (*Berl. klin. Woch.*, 17 *mars* 1890).

VIII. — Ueber das Aristol, par A. NEISSER (*Ibidem*, 12 *mai* 1890).

IX. — Etude sur l'aristol, par FOURNIOUX (*Thèse de Paris*, 1890).

X. — Recherches cliniques sur l'aristol, par J. SÉGUIER (*Thèse de Paris*, 1890).

XI. — De l'emploi de l'aristol en dermatologie et gynécologie, par van BŒLEN (*Ann. Soc. méd. Anvers, p.* 161, *août* 1890).

XII. — L'aristol, nouvel antiseptique, par F. ROHRER (*Archives int. de laring.*, *n°* 2, 1890).

XIII. — A propos du traitement des gerçures du sein, par C. VINAY (*Lyon méd.*, 5 *octobre* 1890).

XIV. — Dell' uso dell' aristol nella rino-laringo-otologia, par T. PINI (*Boll. d. mal. dell' orecchio, VIII, n°* 6).

XV. — Sur l'aristol, par BOYMOND (*Soc. de thérap.*, 12 *mars* 1890).

I. — L'aristol s'obtient en faisant agir une solution iodo-iodurée sur une solution alcaline de thymol; c'est une poudre amorphe d'un rouge brunâtre.

Eichhoff l'a employé dans plusieurs maladies de la peau et il tire de ses expériences les conclusions suivantes :

1° L'aristol est toujours inoffensif;

2° Dans le psoriasis, il agit plus lentement que les acides chrysophanique et pyrogallique, mais il a l'avantage de ne provoquer aucun accident;

3° Dans les affections liées à la présence de parasites végétaux, il agit aussi favorablement que tout autre médicament;

4° Il est peu efficace contre le chancre mou;

5° Dans l'ulcère de la jambe et dans les ulcérations syphilitiques tertiaires, il agit plus promptement que tout autre médicament connu;

6° Dans le lupus, l'énergie de son action et son innocuité le rendent préférable à tout autre agent. H. HALLOPEAU.

II. — Schuster a employé l'aristol en poudre dans un cas de syphilis pharyngo-nasale et dans un cas de psoriasis, collodion à l'aristol à 10 0/0. Bons résultats dans les deux cas.

III. — Swiecicki s'est servi de l'aristol dans les endométrites et

paramétrites avec ulcération du col, exsudats (tampons d'une solution huileuse à 10 0/0).

IV. — Seifert s'est servi d'un savon à 5 et 10 0/0 pour des cas de lupus, d'eczéma, de psoriasis.

V. — Hughes a traité des cas de rhinite aiguë, de rhinite chronique, atrophique, avec ozène. Les insufflations ont rapidement modifié les sécrétions. Dans 3 cas de tuberculose nasale, la cicatrisation a été très rapide après la destruction des ulcères tuberculeux.

VI. — Il s'agit d'un homme de cinquante ans atteint d'un épithélioma superficiel de la joue gauche depuis 1878; en 1884, l'ulcère avait la grandeur d'une pièce d'un franc, on n'obtint à deux reprises qu'une cicatrisation éphémère. Depuis 1887 l'ulcère a grandi et envahi la paupière inférieure. En mars 1890 il s'étendait de la lèvre supérieure sur tout le sillon naso-génien, la joue, le côté gauche du nez et toute la paupière inférieure s'étendant en dehors jusqu'à la pommette. Le centre de la joue était cicatrisé, les bords de l'ulcère étaient indurés, mamelonnés; l'application de poudre d'aristol amena immédiatement un commencement de cicatrisation, et en 20 jours la cicatrisation était complète.

Brocq a employé la poudre d'aristol dans des cas de gommes syphilitiques ulcérées, d'ulcères variqueux de jambe, de tuberculose locale ulcérée. Cette poudre a une action cicatrisante incontestable; elle n'a pas d'odeur désagréable comme l'iodoforme, et n'est pas douloureuse comme le chlorate de potasse. H. L.

VII. — A la clinique de Lassar, Schirren a expérimenté l'aristol dans le psoriasis et le lupus, sous forme de pommade à 10 0/0.

Il s'est montré efficace chez les 10 malades atteints de psoriasis. Chez les 5 malades atteints de lupus, l'aristol n'a eu qu'une efficacité superficielle et temporaire. J. B.

VIII. — Les expériences que Neisser a faites avec l'aristol sont loin d'être aussi favorables à ce nouvel agent médicamenteux que celles d'Eichhoff.

L'aristol est complètement inefficace contre le chancre mou, contre les gonocoques, le lichen ruber plan et l'eczéma séborrhéique ou psoriasiforme (parasitaire).

Il active la cicatrisation des lupus ulcéreux préalablement cautérisés ou raclés, mais il n'a aucun effet sur ceux qui n'ont pas subi ce traitement préalable.

Il hâte également la guérison des autres ulcères.

Des 14 psoriasis dans lesquels Neisser a employé l'aristol, 2 seulement ont paru lentement, mais heureusement influencés; à l'égard des 12 autres, il s'est montré inerte. Toutefois il a paru souvent que la chrysarobine et les autres médicaments agissaient plus vite sur les plaques pansées précédemment avec l'aristol. Comme d'autre part, l'aristol n'a pas les inconvénients de la chrysarobine et de l'acide pyrogallique, c'est une bonne acquisition à cet égard. J. B.

IX. — Fournioux indique comme bonne méthode de préparation de ce produit les formules suivantes :

Iode, 60 grammes; iodure de potassium, 80 grammes.

Eau, 300 centimètres cubes.

Thymol, 15 grammes; hydrate de soude, 15 grammes.

Eau, 300 centimètres cubes.

Mélangez les deux solutions : il se fait un précipité rouge-brun qui est l'aristol.

En injections huileuses sous-cutanées chez le cobaye, l'aristol n'est pas toxique à la dose de 2gr,50 par kilogramme d'animal.

L'aristol s'élimine par les urines à l'état d'iodure alcalin et de thymol combiné à un alcali.

Fournioux donne le résultat de son emploi en thérapeutique dans le service de Quinquaud. Les affections ulcéreuses, ulcères de jambes, chancres ulcéreux, épithélioma, sont bien modifiées par cet agent. A. C.

X. — Séguier rapporte dans ce travail 56 observations personnelles ou empruntées à divers auteurs qui montrent que l'aristol possède au plus haut degré le pouvoir de cicatriser les plaies superficielles et les ulcérations les plus variées. Il serait sans valeur dans le psoriasis. C'est, en somme, un succédané de l'iodoforme, dont il n'a ni l'odeur ni le danger. A. C.

XI. — D'après van Bœlen, les appréciations favorables sont exagérées; car si l'aristol a donné de bons résultats pour le traitement des ulcères variqueux et d'autres ulcérations (poudre ou pommade), pour celui de métrites catarrhales (solution dans l'huile à 20 0/0), il s'est montré sans efficacité sur des ulcères phagédéniques de la verge et dans des cas d'endométrite, de pelvimétrite d'origine blennorragique. Il ne semble pas avoir le pouvoir anesthésique de l'iodoforme. LEFLAIVE.

XII. — Rohrer a employé l'aristol en insufflation dans les otites moyennes purulentes aiguës et chroniques, dans les rhinites chroniques. Il a obtenu par ce moyen, dans l'otite, des résultats beaucoup plus rapides qu'avec les autres pansements, un ou deux jours. Mêmes bons résultats pour les rhinites. A. C.

XIII. — Vinay préconise l'aristol dans le traitement des diverses ulcérations non spécifiques, ulcères variqueux, lupus, plaies du décubitus. Il a trouvé cet agent particulièrement avantageux dans les gerçures du sein, qui se cicatrisent rapidement après trois à quatre jours de pansement avec : aristol, 4 grammes; vaseline liquide, 20 grammes. A. C.

XIV. — Pini l'a employé dans 182 cas de maladies d'oreille ou du nez (otites, rhinites, eczéma, etc.), et en a obtenu les meilleurs effets, suivant les cas où il l'employait, en poudre pure ou mélangée à l'amidon, ou encore en pommade. L'absence d'odeur, la ténuité de la poudre rendent ce médicament très commode; son pouvoir antiseptique est très marqué.

XV. — Revue générale sur la préparation et les propriétés de ce nouveau produit. A. C.

De l'antisepsie des organes urinaires par la voie interne, par DREYFOUS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 *novembre* 1889).

Dreyfous préconise, dans les cas de blennorragies aiguës ou chroniques, l'usage du salol, qui a une action non douteuse sur l'écoulement; il l'a employé seul, à dose de 5 et même 8 grammes, mais il vaut mieux employer simultanément le cubèbe et le copahu : le salol peut avoir dans la blennorragie une action analgésique comparable à celle du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. H. L.

Curabilité des tumeurs d'apparence cancéreuse par les injections interstitielles de bichlorure de mercure, par POUCEL (*Semaine méd.*, 10 *septembre* 1890).

L'auteur préconise contre les tumeurs cancéreuses l'emploi d'injections interstitielles de sublimé. On injecte en deux ou six piqûres 1 à 3 grammes de liqueur de Van Swieten dans les points les plus indurés de la tumeur. Ces injections sont peu douloureuses, et sur 10 cas les résultats ont été favorables dans 6, la tumeur se résorbant. Les phénomènes inflammatoires ne surviennent que par défaut de précautions antiseptiques. A. C.

Ueber die Messung der durch pharmacologische Agentien bedingten Veränderungen der Arbeits grösse und Elasticitätszustände des Skeletmuskels (Des modifications de la puissance et de l'élasticité des muscles sous l'influence des agents médicamenteux), par H. DRESER (*Arch. f. experiment. Pathol. und Pharmakol.*, *XXVII*, 1 *et* 2, *p.* 50, 1890).

Parmi les agents qui augmentent à la fois et la puissance et l'élasticité musculaires, il faut citer : la vératrine, la caféine et la théobromine à petites doses. Ces deux derniers alcaloïdes exaltent la capacité de travail d'une façon très remarquable.

Le cuivre, l'alcool, la physostigmine à petites doses, la caféine et la théobromine, à fortes doses, diminuent en même temps et la puissance et l'élasticité des muscles.

L'apomorphine augmente l'élasticité et diminue la puissance; les fortes doses de physostigmine et la créatine, au contraire, diminuent l'élasticité et augmentent la puissance musculaire. J. WINTER.

I. — Du sulfonal, par CLERVAL (*Thèse de Paris*, *n°* 296, 1890).

II. — Le sulfonal ; son action dans l'épilepsie, par L. ESSON (*Thèse de Paris*, *n°* 254, 1890).

III. — Contribution à l'étude du sulfonal et de son action hypnotique chez les aliénés, par MAERLE (*Thèse de Paris*, *n°* 364, 1890).

I. — Chez l'homme, le sulfonal produit des effets hypnotiques plus ou moins marqués, rarement des troubles de la motilité ; chez les animaux, il détermine plus de troubles moteurs que d'effets somnifères. Chez les petits animaux, il provoque une hyperexcitabilité qu'on ne retrouve pas chez l'homme. Le sulfonal est sans action sur la circulation et le cœur, sur les fonctions digestives et sur la sécrétion sudorale. Chez l'homme, il n'a pas d'influence sur la température. L'absorption du sulfonal est lente.

En thérapeutique, le sulfonal est surtout prescrit dans l'insomnie simple, l'insomnie des vieillards et dans celle des aliénés. Il n'y a pas d'autre contre-indication que l'intolérance. Le sulfonal ne s'accumule pas dans l'organisme et ne produit pas d'accoutumance. L'innocuité du sulfonal et surtout sa non-influence sur la circulation le rendent préférable au chloral dans la grande majorité des cas. Les seuls accidents qu'il provoque sont, quand son action a été prolongée, de la céphalalgie, de la fatigue et quelques hallucinations.

II. — Le sulfonal agit comme sédatif chez les épileptiques et dans l'agitation des aliénés. Il agit sûrement et promptement contre les attaques d'épilepsie en les supprimant ou, dans quelques cas, en diminuant considérablement leur fréquence et leur intensité; il agit également, mais moins bien, contre le petit mal. Il produit un sommeil de 5 à 6 heures. Chez les cachectiques, il faut employer le sulfonal à doses très faibles et en surveiller attentivement l'action.

III. — Maerle est complètement en opposition avec les deux auteurs précédents; pour lui, le sulfonal est beaucoup moins bien supporté que le chloral par les malades. Là où le chloral a échoué, le sulfonal réussit rarement. Les effets heureux qu'il produit ne compensent pas les graves accidents qui sont la conséquence de son emploi. En effet, l'auteur attribue au sulfonal au moins un cas de mort chez une aliénée. Enfin, Maerle termine son travail par la condamnation sévère du sulfonal : « Il doit, dit-il, être rejeté comme agent hypnotique. » H. CH.

De la pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique, son traitement, par H. HUCHARD (*Bull. Soc. de thérap.*, 23 *avril* 1890).

Dans cette note, Huchard envisage surtout la question du traitement, qui doit être à la fois hygiénique, local et général.

Traitement hygiénique : éviter les causes de surmenage, les fatigues physiques ou morales, le travail après le repas. Supprimer l'alcool, le café, les mets épicés, etc. ; faire les repas légers, surtout le soir.

Traitement local : donner les alcalins à haute dose (10 à 20 grammes par jour) pour neutraliser l'excès de sécrétion et l'hyperacidité gastrique; combattre l'atonie par les évacuants, la noix vomique; enfin laver l'estomac avec des liquides alcalins.

Le traitement général variera suivant les sujets, qui ont presque tous une disposition nerveuse ou une anémie plus ou moins prononcée.

A. CARTAZ.

I. — Sur la dose antipeptique des antiseptiques, par A. FERRANINI (*La Riforma medica*, 2 *et* 4 *août* 1890).

II. — Sur les conditions dans lesquelles l'acide chlorhydrique peut devenir antipeptique, par A. FERRANINI (*Ibidem*, 14 *août* 1890).

III. — Recherches sur l'influence des alcools, des boissons alcooliques, du café, du thé et du chlorure de sodium sur la protéolyse gastrique, par A. FERRANINI (*Ibidem*, 16, 18, 19 *et* 20 *août* 1890).

I. — Le pouvoir antipeptique des agents antiseptiques diffère pour chacun d'eux et diffère aussi suivant le pouvoir digestif du suc gastrique sur lequel on le fait agir; il n'est pas toujours proportionnel à leur pouvoir antiseptique. Pour un certain nombre d'entre eux (sublimé, calomel, naphtol α, thymol, résorcine), la dose antipeptique est égale et proportionnelle à la dose antiseptique. Pour d'autres (acides phénique et salicylique, hydrate de chloral, résorcine, saccharine, bisulfite de soude, hyposulfite de soude), le pouvoir antipeptique est supérieur au pouvoir antiseptique. Pour d'autres (naphtol β, menthol, acide borique, terpine, iodoforme, iodol), la dose antiseptique n'est pas antipeptique. Les différences dans le pouvoir antipeptique des divers antiseptiques dépendent

essentiellement de leurs propriétés chimiques individuelles et de leur action sur la pepsine et non de leur degré de solubilité dans le suc gastrique non plus que de leur réaction chimique. Il résulte de ces propriétés différentes et des différences dans le pouvoir antiseptique de ces divers agents, qu'on doit prescrire en première ligne dans l'antisepsie stomacale les agents du 3e groupe et en particulier le naphtol β et l'acide borique, puis en 2e ligne ceux du 1er groupe et spécialement le thymol, le naphtol α et la résorcine.

II. — Le pouvoir digestif du suc gastrique dilué varie suivant que l'acide chlorhydrique et la pepsine diminuent dans la même proportion ou que la pepsine seule diminue de quantité. Tant que le suc gastrique contient encore des proportions assez notables de pepsine, une dose même assez notable d'acide chlorhydrique (5 à 6 pour 1000) n'empêche pas et même facilite la digestion des matières albuminoïdes ; au contraire, lorsque la dilution est telle que le suc gastrique devient très pauvre en pepsine, la digestion des matières albuminoïdes est plus facile si la proportion d'acide chlorhydrique est relativement faible que si elle est considérable. Une des conditions dans lesquelles l'acide chlorhydrique empêche la digestion gastrique consiste dans la proportion trop élevée d'acide chlorhydrique par rapport à celle de la pepsine.

III. — Le pouvoir antipeptique des alcools et des boissons alcooliques varie pour chacune de ces substances et suivant la qualité du suc gastrique sur lequel elles agissent. Quel que soit le suc gastrique expérimenté, le pouvoir antipeptique des alcools est proportionnel à leur poids moléculaire, de sorte que l'alcool propylique et surtout les alcools butylique et amylique peuvent empêcher la protéolyse gastrique, même avec un suc gastrique actif, tandis que les alcools méthylique et éthylique ont peu d'action, même sur un suc gastrique peu actif et dilué. Le vin blanc ordinaire et la bière n'ont pas d'action antipeptique appréciable, même sur un suc gastrique très peu actif. Le vin rouge ordinaire, le vin de Bordeaux, le vin de Marsala ont sur la protéolyse une action faible, tandis que l'eau-de-vie et surtout l'absinthe la modifient profondément. Le chlorure de sodium, le café et le thé n'ont pas de pouvoir antipeptique appréciable.

GEORGES THIBIERGE.

Usage du cannabis indica dans le traitement des névroses et des dyspepsies gastriques, par Germain SÉE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 *juillet* 1890).

Le cannabis indica doit être employé sous forme d'extrait gras, à la dose de 5 centigrammes divisés en trois doses par jour, dans les affections non organiques de l'estomac, comprenant les altérations chimiques du suc gastrique d'une part, et les névroses gastro-intestinales d'autre part.

Le cannabis agit constamment pour faire cesser les douleurs et pour rétablir l'appétit ; il agit favorablement sur les spasmes de l'estomac et sur les vomissements d'ordre nervo-moteur ; il favorise l'élimination des gaz et la digestion stomacale, et souvent il parvient à annihiler les phénomènes éloignés, vertiges, migraines, insomnies, palpitations, dyspnée.

Il n'a aucun effet sur les atonies et les dilatations de l'estomac et sur

les dispositions nerveuses qui se traduisent par l'hypocondrie ou l'hystérie.

En résumé, le cannabis est le véritable sédatif de l'estomac. On doit lui associer parfois les alcalins, les purgatifs et un régime approprié. OZENNE.

Recherches sur le chlorhydrate d'orexine, par BECKH (*Münch. med. Woch.*, *n°* 33, 19 *août* 1890).

L'orexine est un bon stomachique, surtout chez les anémiques et les tuberculeux. Elle échoue assez souvent dans les affections chroniques de l'estomac. Elle a des propriétés irritantes qui contre-indiquent son emploi dans les cas de lésions anatomiques. On l'administre en cachets, et on doit faire prendre ensuite un peu de liquide. Dose : 0,25. 1 à 2 cachets. P. TISSIER.

Traitement de la dysenterie des pays chauds par lavages antiseptiques du gros intestin, par LE DANTEC (*Arch. méd. navale, p.* 221, *septembre* 1890).

1° Lavage simple du gros intestin avec un litre d'eau tiède.

2° Dès que le gros intestin est débarrassé de son contenu, lavage antiseptique avec un litre de solution de nitrate d'argent à 1/1000. On peut répéter ces lavages 2 et 3 fois dans les vingt-quatre heures suivant la gravité de la dysenterie. Quelques gouttes de laudanum rendent le lavement presque indolore.

Le régime classique, lait, etc., est institué en même temps.

Les avantages de ce traitement seraient : rapidité d'intervention active, rapidité de la guérison, absence de complications et en particulier d'hépatite suppurée. Sur plus de 100 malades quelques-uns ont été soignés par les médications habituelles, la plupart ont été traités par les lavages antiseptiques du rectum. Le Dantec n'a pas eu un seul décès à enregistrer, et il a eu cependant à traiter deux dysenteries gangréneuses très graves, forme qui pardonne bien rarement en Nouvelle-Calédonie où l'auteur appliquait son traitement. MAUBRAC.

I. — La caféine et son emploi thérapeutique, par H. HUCHARD (*Semaine méd.*, 23 *octobre* 1889).

II. — De l'action tonique et excitante de la caféine, par HUCHARD (*Soc. méd. des hôp.*, 20 *juin* 1890).

D'après les expériences et les nombreux essais thérapeutiques de l'auteur, la caféine, administrée à dose modérée, agit sur les systèmes nerveux et musculaire; elle est alors presque sans action sur le cœur. A dose forte, toxique ou non toxique, elle agit d'abord sur les systèmes nerveux et musculaire, pour porter ensuite son action sur le système circulatoire.

Partant de ces principes, la caféine doit être regardée comme un médicament cardiaque, car, à dose suffisante, elle ralentit, régularise, renforce les contractions du cœur et elle élève la tension artérielle. Elle a, de plus, une action diurétique des plus nettes.

C'est aussi un médicament tonique ou névrosthénique qui a son emploi tout indiqué dans les états adynamiques (injections hypodermiques).

Huchard passe en revue les principales affections, les états patholo-

giques dans lesquels la caféine est indiquée : affections cardiaques, adynamie de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, de la pneumonie, complications graves et comateuses du diabète, etc. Il donne également un choix judicieux de formules pratiques pour l'administration de ce médicament.

A. CARTAZ.

The action of caffeine on tissue metamorphosis and heat phenomena, par E. T. REICHERT (*N. York med. journ.*, *p.* 456, 26 *avril* 1890).

Pour mesurer les métamorphoses des tissus que détermine la caféine, l'auteur étudie les variations de la chaleur animale. Dans trois séries d'expériences, il injecte sous la peau des chiens des doses de 35, 70 et 105 milligrammes de caféine par kilogramme d'animal.

Chez les chiens de la première catégorie, on note une augmentation de la production de chaleur représentée en moyenne par 38,6 0/0; la perte de calorique augmente aussi, mais le chiffre qui représente cette augmentation n'a pas de rapport constant avec le premier.

Dans la seconde catégorie, l'augmentation de calorique est en moyenne de 43,6 0/0; la perte s'exagère proportionnellement, mais pas assez pour que la température du corps s'abaisse au degré normal.

Dans la troisième catégorie, l'augmentation de calorique est représentée par le chiffre 71,4 0/0; elle est supérieure, pendant les deux premières heures, à la déperdition; puis celle-ci la dépasse, de sorte qu'au bout de quatre ou cinq heures la température devient normale ou voisine du chiffre normal.

Les résultats sont donc plus nets avec les doses fortes qu'avec les faibles doses de caféine. D'une façon générale, les gains sont supérieurs aux pertes pendant les premières heures, puis ils deviennent inférieurs; mais la température, s'étant beaucoup élevée au début, reste jusqu'à la fin de l'expérience (cinq heures) au-dessus de la normale.

Donc la caféine augmente la production de calorique d'une part et la déperdition d'autre part; elle augmente par conséquent la métamorphose destructive des tissus. Elle ne constitue pas, comme on l'admet généralement, un médicament d'épargne, elle n'arrête pas la dénutrition. Si elle donne aux individus la faculté d'accomplir certains efforts et de déployer une énergie inusitée, c'est aux dépens des tissus dont elle n'enraye pas la destruction. Elle ne peut remplacer en aucun cas les aliments.

L. GALLIARD.

Kurze Mittheilungen ueber die Wirkung des Bromoforms bei Keuchhusten (Efficacité du bromoforme contre la coqueluche), par Hugo LŒWENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 508, 9 *juin* 1890).

A l'imitation de Stepp (*R. S. M.*, XXXV, 505), Lœwenthal a essayé le bromoforme dans le traitement de la coqueluche et en a constaté l'efficacité, qu'il l'employât, soit dès le début dans le stade catarrhal, soit seulement dans le stade convulsif. Il a traité de cette façon 100 enfants en leur faisant prendre, trois ou quatre fois par jour, de 2 à 5 gouttes de bromoforme dans une cuillerée d'eau; les enfants au-dessous de 1 an recevaient, 3 fois par jour, de 2 à 4 gouttes; ceux de 2 à 4 ans, 3 ou 4 fois par jour, 3 ou 4 gouttes; ceux de 4 à 8 ans, 3 ou 4 fois par jour, 4 ou 5 gouttes, suivant le nombre et la violence des quintes.

Généralement, la dose totale du médicament employée par malade a été de 10 à 15 grammes.

Les heureux effets de la médication se montrent du deuxième au quatrième jour, selon le plus ou moins d'intensité de la maladie. Dès la première semaine, les quintes diminuent de fréquence et les vomissements disparaissent.

Ce traitement abrège nettement la durée de la coqueluche ; mais si on l'interrompt trop tôt, il se produit des rechutes. J. B.

I. — Zur Thallinbehandlung des Typhus abdominalis, par Franz SCHMIDT (*Thèse inaug. Berne* 1889 *et Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, p.* 289, 1890).

II. — Même sujet, par RUETIMEYER (*Ibidem*).

I. — Schmidt rend compte des résultats de l'administration de la thalline à 22 typhoïdiques. La mortalité est restée au-dessous de la moyenne de tous les autres modes de traitement. L'action antipyrétique, par des doses horaires de 0,05 à 0,2 est parfaite dans les cas de moyenne intensité et en partie aussi dans les cas graves, mais elle est insuffisante pour les cas très graves.

On n'a pas constaté d'abréviation de la maladie. Il n'y a eu aucun effet fâcheux du médicament; pas de complications ni récidives plus fréquentes.

D'une façon générale, la thalline donne d'aussi bons résultats que l'hydrothérapie, à laquelle elle est préférable dans quelques cas, spécialement à la période d'état de la maladie.

II. — Depuis sa dernière communication (*R. S. M.*, XXXI, 85), Rütimeyer a encore traité une vingtaine de typhoïdiques par la thalline. Bien qu'il l'administre d'heure en heure pendant le jour, à la dose de 0,4 à 0,5, il n'a jamais vu de collapsus, et les bons effets sur le sensorium sont constants, souvent même frappants, dans les cas les plus intenses. Il a fait subir quelques modifications au mode d'administration. Il ne donne plus la thalline qu'une fois la nuit, il a réduit les doses horaires de la journée et continue moins longtemps le médicament. J. B.

I. — Ueber die Erfahrungen bei der Suspensionsbehandlung des Tabes, par G. ROSENBAUM (*Berlin. klin. Woch., n°* 33, *p.* 521, 9 *juin* 1890).

II. — Du traitement par suspension. Discussion de la Société de médecine interne (*Berlin. klin. Woch., n°* 26, *p.* 597, 30 *juin* 1890).

III. — Étude clinique et expérimentale sur le mode d'action de la suspension dans le traitement du tabes et des autres maladies du système nerveux, par LUMBROSO (*Archivio italiano di clin. med. mars* 1890).

IV. — La suspension comme moyen thérapeutique, par B. ALTICHIERI (*Ibidem, juin* 1890).

V. — Comment agit la suspension chez les ataxiques et nouvelle méthode curative au moyen de la flexion antérieure forcée du corps, par BONUZZI (*Arch. ital. de Biol., p.* 11, *décembre* 1889).

VI. — Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traite-

ment de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux, par GILLES DE LA TOURETTE (*Progrès médical*, 7 *juin* 1890).

I. — Sur 2,400 suspensions, on n'a pas eu un seul accident. Chacun des 85 malades a été suspendu généralement pendant trois minutes, trois fois par semaine.

Sur les 76 tabétiques, 15 ont été soumis trop peu de temps à la suspension pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte. Quant aux 61 autres, 25 ont éprouvé une amélioration, très considérable pour 5 d'entre eux. Chez 9, le résultat est encore douteux, leur état offrant des oscillations. La plupart des malades en étaient à la période ataxique.

L'amélioration a porté d'abord sur le sommeil, l'appétit, le poids et l'aspect extérieur. Au début, la suspension a semblé amener chez quelques-uns du sopor. Les douleurs ont été beaucoup atténuées, ainsi que l'ataxie.

Chez 15 malades, les troubles vésicaux ont été heureusement modifiés, mais il y a eu rechute pour quelques-uns. Le chiffre des améliorations a été moindre en ce qui concerne les troubles fonctionnels du rectum. Quatre malades ont vu disparaître leur impotence sexuelle, deux leurs crises et leurs vomissements; certains, leurs troubles de sensibilité. La paresthésie thoracique, et l'engourdissement des extrémités se sont montrés rebelles. Rosenbaum n'a pas noté d'amélioration des symptômes oculaires.

Les 9 cas d'affections nerveuses comprenaient : 4 myélites, 3 paralysies agitantes, 1 sclérose en plaques et 1 lumbago. La suspension s'est toujours montrée inefficace. J. B.

II. — P. Guttmann a traité par la suspension 10 cas d'ataxie locomotrice, 2 de myélite, 1 de compression médullaire traumatique, 10 de sciatique, 1 cyphose et 1 scoliose avec phénomènes douloureux.

Chez la moitié des tabétiques, le résultat a été nul : chez l'autre moitié, il a été très net, se traduisant par une amélioration de la démarche ataxique, du signe de Romberg, des paresthésies et des douleurs lancinantes.

Il n'y a eu aucune modification dans l'état des réflexes tendineux ni dans la rigidité réflexe des pupilles. Un des malades a pu reprendre son travail.

Le mieux a été très marqué chez les deux myélitiques. 7 des 10 sciatiques ont été traitées exclusivement par la suspension : les douleurs ont été atténuées, mais le succès n'a pas été durable. Au contraire, ont guéri les 3 sciatiques traitées par l'emploi combiné de l'antipyrine et de la suspension.

Dans le cas de cyphose, chaque séance a été suivie d'un apaisement des douleurs.

Dans celui de scoliose, la suspension s'est montrée inefficace.

Guttmann se résume en disant que la suspension est de quelque utilité dans le traitement, mais que sa valeur n'est pas supérieure à celle des autres méthodes.

Leyden ne peut attribuer la moindre importance thérapeutique à la suspension, issue des mêmes idées que jadis l'extension des nerfs; une

traction mécanique ne peut avoir d'influence sur les lésions complexes du tabes. J. B.

III. — Lumbroso a entrepris un certain nombre d'expériences sur des animaux pour étudier dans ses différentes phases l'influence de la suspension.

Des lapins suspendus sans l'adjonction d'aucun poids ont parfaitement supporté l'expérience, sans autre trouble qu'une augmentation de la fréquence du pouls et des mouvements respiratoires, et une certaine torpeur, passagère, à la suite des premières séances. Chez un des animaux sacrifiés, on ne constata aucune lésion spinale. Chez tous on constatait un allongement très manifeste de la colonne vertébrale et de la moelle.

En augmentant la masse par l'adjonction de poids à chacun des animaux, ces mêmes troubles s'exagèrent très notablement, sans qu'il se produise jamais une accoutumance. La fréquence plus grande de la respiration et du pouls s'accompagne rapidement de phénomènes parésiques du côté des membres postérieurs, et quelquefois de mouvements convulsifs dans les membres antérieurs. On trouve les méninges et la moelle injectées, surtout dans la région cervicale, et même des hémorragies autour du canal central; dans un cas, il existait une petite hémorragie bulbaire. Tous ces accidents étaient assez régulièrement proportionnels aux poids ajoutés.

Enfin, dans une troisième série d'expériences, l'auteur démontre que ces phénomènes congestifs et hémorragiques ont leur maximum de fréquence et d'intensité, non pas au moment de la suspension, mais immédiatement après.

D'après les recherches faites sur des animaux sacrifiés à divers moments, le premier effet constaté serait l'anémie de l'axe spinal, par suite du tiraillement des vaisseaux, suivie d'une réaction congestive plus ou moins intense suivant les conditions de poids et les particularités inhérentes à chaque sujet. Ces modifications portent principalement sur la moelle cervicale, dont l'élongation est relativement plus considérable que celle des autres parties. Les hémorragies ont été rencontrées constamment dans la substance grise, bien que le traumatisme y ait été moins apparent que dans les racines rachidiennes et les cordons postérieurs.

Les faits cliniques et les recherches expérimentales entreprises sur ce sujet concordent suffisamment pour qu'on puisse en tirer les conclusions suivantes :

La suspension doit être de courte durée, une élongation prolongée de la moelle n'étant nullement nécessaire pour obtenir les effets qu'on en attend, et l'anémie observée ne pouvant être que dangereuse à la longue. La traction doit être graduée suivant le poids; on commencera par quelques secondes, dans les premières séances, pour arriver plus tard à une minute.

Il n'est pas nécessaire de multiplier le nombre des séances, et il faut les espacer suffisamment. Chaque séance doit être suivie d'un repos plus ou moins prolongé pour éviter de troubler les changements survenus dans la circulation de la moelle.

On tiendra compte de l'âge, du sexe et de la constitution des malades

pour fixer le minimum de traction nécessaire. L'auteur, ne trouvant pas l'appareil de Charcot approprié à ces diverses considérations, a fait construire, d'après la description d'Hammond, un appareil qui permet d'apprécier plus exactement ces indications.

Lumbroso voit surtout une contre-indication dans les maladies du système circulatoire prédisposant aux hémorragies : l'emphysème, l'obésité, l'âge avancé constituent également des contre-indications. Mais il accorde volontiers le bénéfice de la suspension à d'autres maladies que le tabes : la paralysie infantile, la sclérose latérale amyotrophique, l'atrophie musculaire progressive, certaines névroses, etc.

A. SIREDEY.

IV. — Altichieri a cherché à grouper les faits connus pour en tirer des conclusions pratiques.

La suspension a été surtout employée dans le tabes, l'auteur en a relevé 174 observations, sur lesquelles 128 cas ont présenté une amélioration de divers symptômes. 26 cas sans aucun résultat, 14 dans lesquels divers accidents forcèrent à interrompre le traitement, et enfin, 6 cas de mort, dont 3 chez des malades qui employaient la suspension sans le médecin.

Les cas de paralysie agitante, de sclérose en plaques, de sciatique, de myélite chronique, de sclérose des cordons latéraux, etc., ne se comptent que par dizaines ou même par unités, et les insuccès sont plus nombreux que les guérisons ou les améliorations.

Altichieri croit que la suspension est une bonne méthode de traitement pour les maladies nerveuses, et surtout pour le tabes où elle a donné des résultats positifs. Elle peut être employée contre tous ou presque tous les accidents du tabes (troubles oculaires, gastriques, intestinaux, vésicaux, etc.)

Le pseudo-tabes, l'impuissance génitale sont tout particulièrement améliorés et même guéris par la suspension. Les accidents observés à la suite de la suspension indiquent seulement la nécessité de la surveillance du médecin, et une étude minutieuse des contre-indications.

A. SIREDEY.

V. — Ces recherches confirment sur plusieurs points celles de Motschutkowski. Durant la suspension, la moelle épinière subit un changement notable dans ses rapports avec la colonne vertébrale; elle se trouve, en effet, déplacée en haut de 3 à 4 millimètres, déplacement dû à un léger éloignement des vertèbres entre elles, par suite du relâchement des muscles et des ligaments vertébraux. La tension du liquide céphalo-rachidien augmente, la moelle elle-même subit un léger allongement; enfin, la circulation devient plus rapide. Toutes ces causes ont pour effet de congestionner le plexus veineux des méninges et les vaisseaux intra-médullaires eux-mêmes.

On peut d'ailleurs, suivant l'auteur, arriver au même résultat en portant les genoux en avant au contact du tronc. C. GIRAUDEAU.

VI. — Trois groupes de malades bénéficient de la suspension; les paralytiques agitants, quand ils sont à la période moyenne de leur maladie en profitent presque tous, surtout pour le sommeil, et l'alternation de la rigidité douloureuse. Les sciatiques chroniques ont donné aussi de bons résultats. Quant aux ataxiques, sur 100 malades arrivés à la

période moyenne de leur affection, on peut compter, après 30 à 40 séances, 25 0/0 améliorés, suivant la totalité des symptômes, 35 0/0 améliorés incomplètement, 40 0/0 insuccès.

Les accidents les plus à craindre sont les lipothymies et les syncopes ; on peut les prévenir par la graduation très lente de la durée de la suspension, surtout chez les sujets jeunes et anémiques. Dans l'appareil nouveau, la pièce du menton, au lieu d'être fixe comme celle de la nuque, est mobile, susceptible d'être allongée ou raccourcie à l'aide d'une courroie. H. LEROUX.

HYGIÈNE

Manuel pratique d'hygiène, par GUIRAUD (*Paris*, 1890).

Un des meilleurs publiés dans ces dernières années. Tout en laissant à chaque chapitre de l'hygiène sa place légitime, Guiraud a consacré quelques développements aux sujets qui ont pris, plus on moins récemment, un caractère spécial d'actualité: hygiène scolaire, exercices physiques; épuration des eaux d'égout ; prophylaxie des maladies épidémiques, etc. J. B.

Rapport au ministre sur le fonctionnement de l'office vaccinogène central de l'Etat belge en 1889 (*Le Mouvement hygiénique, VI*, 205, *mai-juin* 1890).

169 veaux ont été utilisés pour la récolte du vaccin et ont fourni de la matière virulente pour 381,246 personnes. 146,036 doses du vaccin ont été recueillies sur plaques, 235,200 en fioles et 10 seulement sur des pointes d'ivoire. Le nombre des doses expédiées a été de 346,267.

Les incisions ont été en moyenne de 108 par bête, et les pustules obtenues, de 107.

L'office a eu connaissance des résultats de 109,325 inoculations humaines, comprenant 69,068 premières vaccinations ayant fourni 99.03 0/0 de succès, et 40,257 revaccinations avec 59.59 0/0 de succès. J. B.

I. — Du vaccin de chèvre, par HERVIEUX (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 *mai* 1890).

II. — Essai sur la prophylaxie de la tuberculose et la substitution de la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère, par BERTIN et PICQ (*Broch. Nantes*, 1890).

I. — La chèvre ayant été considérée depuis longtemps (dès la période initiale même de la vaccine) comme pouvant devenir une nouvelle source de vaccin, Hervieux a entrepris une série d'expériences ayant pour but de déterminer la valeur du vaccin de chèvre. Les résultats de ces expériences ont été les suivants:

Douze chèvres ont été inoculées avec du vaccin de génisse et du vac

cin humain. Sur chacun de ces animaux, le résultat a été positif et l'évolution du bouton vaccinal a été identiquement la même que sur la génisse. Le moment opportun pour la récolte du vaccin est la fin du 5e jour.

Sur 7 enfants, des inoculations ont été faites de chèvre à bras; il y a eu succès complet chez tous les inoculés. L'inoculation paraît d'autant plus certaine qu'elle sera pratiquée aussitôt après la récolte du vaccin.

Quant aux inoculations faites avec du vaccin de chèvre conservé, dans les 50 cas environ où l'auteur les a expérimentées, elles ont démontré qu'elles réussissent aussi bien qu'avec du vaccin de génisse quand on se sert de la pulpe, moins bien si l'on prend de la lymphe.

Il résulte de ces faits que les animaux de l'espèce caprine sont aussi aptes que ceux de l'espèce bovine à la culture du vaccin. Ils offrent comme principaux avantages de donner toute sécurité à l'endroit de la syphilis et de la tuberculose; mais, comme la chèvre est rare, il s'ensuit que le vaccin qu'elle peut fournir actuellement, tout en étant capable de rendre d'importants services à la cause de la vaccine, ne doit pas prétendre aux mêmes destinées que le vaccin de génisse.

II. — Dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, fin février dernier, Bertin et Picq avaient exposé différentes expériences d'où découlaient la conclusion: Transmissibilité possible du vaccin de génisse et du vaccin humain à la chèvre.

Evolution du vaccin de chèvre à chèvre, de chèvre à génisse, de chèvre à enfant avec tous les caractères de la vaccine classique.

Immunité de la chèvre pour la tuberculose spontanée et expérimentale.

Dans le présent travail, les auteurs complètent leurs recherches sur la prophylaxie de la tuberculose, qui doit reposer sur les moyens de combattre l'influence funeste de l'hérédité, de l'alimentation par le lait cru de vache et de la vaccination bovine, passible de tuberculose.

OZENNE.

I. — Sur la prophylaxie de la tuberculose, par VILLEMIN. Discussion (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 *juillet* 1889 *à janvier* 1890).

II. — De l'évolution variable de la tuberculose expérimentale, par DAREMBERG (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 *octobre* 1889).

I. — Voici les indications prophylactiques qui ressortent du rapport de Villemin.

L'origine microbienne et la contagiosité de la tuberculose ne sont pas niables. Le bacille de Koch pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l'air, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, etc.

Ce parasite peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux servant à l'alimentation. Le lait ne doit être consommé que bouilli : la mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant; la viande crue, la viande peu cuite, le sang, pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. En tout cas, le seul moyen sûr d'éviter les dangers de la viande des animaux tuberculeux est de la soumettre à une cuisson assez avancée.

Le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuber-

culeux à l'homme sain par les crachats, le pus, les mucosités desséchées et les poussières tuberculeuses, il faut : que les crachoirs des phtisiques soient vidés dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante; habiter le moins possible dans la chambre d'un tuberculeux, surtout s'il y a une prédisposition quelconque à contracter la maladie; ne se servir des objets contaminés qu'après désinfection préalable, et obtenir que l'intérieur des habitations publiques (chambres d'hôtel, etc.) soit disposé de telle façon que la désinfection puisse y être facilement réalisée après le départ de chaque malade.

Après une longue et brillante discussion sur ce rapport, l'Académie a émis l'avis suivant :

La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse.

Le microbe, agent de la contagion, existe surtout dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phtisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

Le plus sûr moyen d'empêcher la contagion consiste donc à détruire les crachats et le pus, avant leur dessiccation, par l'eau bouillante et par le feu.

Le parasite se trouve quelquefois aussi dans le lait des vaches tuberculeuses; il est donc prudent de ne l'employer qu'après l'avoir fait bouillir.

L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, telles que lycées, casernes, grandes administrations et ateliers de l'Etat.

II. — Daremberg communique un certain nombre de faits expérimentaux, résultant de recherches instituées dans le but de signaler autant que possible, dès le début d'une tuberculose, quelle en sera l'évolution. Il établit tout d'abord que le glycogène favorise le développement de la maladie et que le diabète, par conséquent, offre un milieu clinique favorable à l'évolution rapide du microbe tuberculeux, et qu'au contraire l'usage des huiles alimentaires permet à un nombre considérable d'animaux de lutter avec avantage contre l'envahissement rapide de la tuberculose. Relatant ensuite ses essais de vaccination du poison tuberculeux et ses expériences d'inoculation de moelles, il en expose avec détail tous les résultats qu'il a obtenus. De ces différents faits, il résulte que le virus tuberculeux est un poison que l'on peut manier à la façon des poisons minéraux et organiques. On peut presque à volonté accroître ou diminuer sa toxicité. D'autre part, on peut augmenter la résistance de l'organisme contre son action désorganisante. OZENNE.

Ueber die Einfluss des Räucherns auf die Infectiosität d. Fleisches perlsüchtiger Rinder (Infectiosité de la viande fumée d'animaux tuberculeux), par J. FORSTER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 16, 22 *avril* 1890).

Dans un précédent travail (*R. S. M.*, XXV, 81), Forster a démontré que la salaison n'altérait pas la virulence de la viande des vaches tuberculeuses. Il a voulu compléter ses recherches, et après avoir salé et fumé ensuite de la viande d'animaux tuberculeux, de la même façon que cela se pratique pour la viande livrée à la consommation, il a noté tout

d'abord que si la salaison seule permet de voir les granulations, celles-ci ne sont plus guère visibles sur la viande fumée.

Or, celle-ci reste virulente (inoculation dans le péritoine).

Forster explique les discordances des résultats des auteurs, sur ces questions qui touchent de si près la prophylaxie de la tuberculose, par les différences de méthode. Il convient d'employer non le jus de viande, mais la viande elle-même finement hachée, et en injecter des quantités suffisantes.

La conclusion de ses recherches est l'urgence de la prohibition de la viande des animaux tuberculeux, même salée et fumée. P. TISSIER.

La déformation thoracique des passementiers, par FLEURY et REYNAUD (*Loire médic.*, 15 *juin* 1890).

On peut, d'après les observations publiées par Fleury et Reynaud, distinguer, chez les passementiers, deux variétés de déformation thoracique, provenant des attitudes que nécessite le travail dans les métiers. L'une est une dépression sternale, totale ou partielle ; l'autre, une dépression costale inférieure, bilatérale ou unilatérale. En outre, il existerait un aplatissement en masse de la paroi antérieure du thorax et du thorax dans sa totalité. Ces déformations auraient une influence évidente sur le fonctionnement des viscères intra-thoraciques et prédisposeraient au développement de quelques affections : la tuberculose, la pneumonie, les maladies du cœur et surtout la congestion cérébrale et le cancer de l'estomac et de l'abdomen. OZENNE.

Les poussières de plomb, par Aug. GÉRARDIN et Ch. EXPERT-BEZANÇON (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XII*, 516, *juin* 1890).

Dans la fabrique de céruse de la rue du Château-des-Rentiers, il a été établi, conformément aux prescriptions du conseil de salubrité, un ventilateur énergique pour aspirer dans la bluterie et entraîner dans une chambre close, à parois incessamment mouillées, les poussières qui tendraient à se répandre au dehors.

Le résultat n'avait pas été satisfaisant. A la sortie de la chambre, l'air, encore chargé de poussières, formait une longue traînée.

Pour y remédier, Gérardin et Expert-Bezançon ont eu l'idée de mélanger de la vapeur d'eau à l'air relativement sec aspiré par le ventilateur de la bluterie. Le résultat a été parfait. Les poussières plombiques ont cessé de rester en suspension dans la chambre close dès que l'air a été saturé d'humidité, et, à la sortie, il a été impossible d'en constater la moindre trace. J. B.

A case of brassfounder's palsy (Paralysie des fondeurs de cuivre), par Samuel GEE (*St-Barth. hosp. Rep.*, *XXV*, *p.* 77; 1889).

Greenhow a soutenu en 1862 (*Medico chir. Trans.*, XLV) que les fondeurs en cuivre étaient sujets à un tremblement spécial voisin de la paralysie agitante et du tremblement sénile. Le fait doit être rare, et Gee n'en a vu qu'un cas, qu'il relate, et qui peut être une simple coïncidence. Mais à côté de cette forme il en est une autre qui paraît être le résultat d'une intoxication métallique ; Gee a publié une observation détaillée qui peut se résumer ainsi :

Affaiblissement de la mémoire, faiblesse de tous les muscles volontaires, tremblement de la langue, exagération des réflexes rotuliens, difficulté et lenteur dans l'articulation des mots.

Ce cas n'est pas concluant : on peut soupçonner l'alcoolisme, et, de plus, il y avait dans la famille des antécédents de nervosisme et d'aliénation mentale. H. R.

Les ateliers de cambrurerie, par Th. BELVAL (*Le Mouvement hygienique, VI, p.* 183, *mai-juin* 1890).

A Bruxelles, on donne le nom de *cambruriers* aux industriels qui dépècent les vieilles chaussures pour en retirer certaines pièces encore bonnes à utiliser, telles que la semelle intérieure, le contrefort, des fragments d'empeigne, etc.

Cette industrie, non encore classée, présente maintes causes d'insalubrité. Les chaussures sont d'abord ramollies par un trempage plus ou moins prolongé. L'eau qui a servi au trempage est nécessairement chargée de substances fermentescibles. Les chaussures retirées des cuves ou bacs sont simplement amoncelées en tas, où elles s'égouttent et où les ouvriers viennent les prendre pour les travailler. Ces tas se font parfois dans les cours, d'autres fois dans les ateliers mêmes. Le sol, en ces endroits, est saturé de liquides riches en matières organiques.

Tous les débris inutilisés séjournent dans les ateliers jusqu'à ce que la charge soit suffisante pour les emmener chez le fabricant d'engrais.

Le comité de salubrité d'Anderlecht a signalé récemment à l'attention de l'administration les principaux inconvénients sanitaires des ateliers de cambrurerie : humidité permanente, décomposition de matières animales, liquides fermentescibles, odeur intense de moisissure.

Belval est d'avis que ces ateliers devraient être assimilés aux dépôts de débris d'animaux. J. B.

Dermatite des ouvriers en couleurs de goudron de houille, par A. BLASCHKO (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 18, *p.* 412, 5 *mai* 1890).

Ouvrier travaillant depuis 15 jours seulement dans une fabrique d'aniline. Dès les premiers jours, il avait présenté aux mains quelques plaques eczémateuses, lorsqu'il y a une huitaine il fut brusquement pris de violentes démangeaisons et d'un érythème des 4 extrémités avec nombreuses vésicules. En même temps, il existait aux mains une hyperydrose très forte. Un repos de quelques jours au lit et des applications d'amidon ont suffi pour améliorer considérablement cette dermatite. Actuellement, l'épiderme de la paume des mains (qui est fortement coloriée par la couleur d'aniline, cause du mal) se détache en grands lambeaux. Mais l'affection a envahi la totalité du corps qui est le siège d'un érythème papuleux, confluent par places. Au lieu que ce soit la chrysoïdine, comme dans d'autres cas, c'est le vert cristal qui est la couleur malfaisante dans le fait actuel. Quant à l'hyperydrose, elle est due non à la couleur d'aniline, cause de l'éruption, mais au chlorure de calcium avec lequel les ouvriers se lavent les mains pour se débarrasser de la couleur quand ils ont fini leur travail. Ce qui le prouve, c'est qu'on observe aussi cette hyperydrose chez les ouvriers en soude qui manipulent le chlorure de chaux. J. B.

Das Ekzem der Möbelpolirer (L'eczéma des polisseurs de meubles), par BLASCHKO (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 22, *p.* 475 ; 1890).

Les polisseurs de meubles sont souvent atteints d'un eczéma qui envahit spécialement les espaces interdigitaux du côté dorsal, le dos de la main et des doigts, et peut s'étendre jusqu'à l'avant-bras, avec une intensité variable ; cet eczéma est rarement humide. Il peut se montrer même aux bras, à la face, aux membres inférieurs, à tout le corps. Tantôt il guérit en 2 ou 3 semaines, tantôt il disparaît en un point pour se manifester sur d'autres.

Ces ouvriers souffrent aussi de troubles digestifs, mais surtout de désordres oculaires et de bronchite.

La cause de ces accidents est connue : c'est l'usage professionnel d'un alcool dénaturé par 2 0/0 d'esprit de bois et 1/2 0/0 de pyridine ; ces substances y ont été introduites depuis que la taxe de l'alcool a été élevée. La pyridine est spécialement dangereuse. L. GALLIARD.

Une petite épidémie d'ictère infectieux, par DUCAMP (*Revue de medecine*, *p.* 520, *juin* 1890).

Il s'agit de six ouvriers qui, ayant travaillé au nettoyage d'un égout, présentèrent au bout de cinq à six jours des troubles variés. Trois eurent des accidents gastro-intestinaux et les autres une ictère fébrile intense avec polycholie, urines rares, hémorragies cutanées et nasales, prostration, petit volume du foie. Ils guérirent tous, mais leur convalescence fut longue.

C. GIRAUDEAU.

A propos de l'utilisation de l'eau bouillie dans l'alimentation, par GUINARD (*Lyon méd.*, 10 *août* 1890).

L'ébullition est le meilleur moyen de purification de l'eau, mais on a fait à son emploi dans l'alimentation un certain nombre d'objections : diminution des sels, disparition des gaz de l'eau, etc... Guinard a entrepris à ce sujet un certain nombre d'expériences et montre que la richesse en sels d'une eau bouillie diffère peu de celle de l'eau avant l'ébullition ; que, d'autre part, les gaz dissous dans l'eau ne sont jamais tous expulsés, et qu'il suffit de laisser l'eau exposée à l'air frais un certain temps pour que la majeure partie des gaz chassés entre de nouveau en dissolution. A. CARTAZ.

De la vente des moules en toute saison, par NETTER (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XI*, 297, *avril* 1890).

Les accidents observés à la suite d'ingestion de moules sont de deux ordres bien différents :

1° Les uns, qui ne s'observent que chez des personnes prédisposées, consistent en une urticaire fébrile, précédée de nausées, vomissements et douleurs de ventre, et accompagnée parfois de lipothymies, délire et troubles de la déglutition.

2° Les autres, beaucoup plus rares, plus graves et même mortels, s'observent chez toutes les personnes ayant mangé des moules toxiques ; c'est-à-dire qu'il s'agit ici d'un véritable empoisonnement, et non plus d'une idiosyncrasie comme dans le groupe précédent. Le cas le plus connu de ce genre est celui de Wilhelmshaven (*R. S. M.*, XXIX, 86 à 88),

imputé par Brieger à la mytilotoxine, alcaloïde concentré dans le foie des moules et ayant des effets se rapprochant de ceux du curare.

Mais il n'existe aucune relation chronologique entre l'époque du frai des moules et la date de ces empoisonnements. Quant à l'urticaire, elle a été notée en toute saison et continuera à l'être en tout temps, chez les individus prédisposés.

Le Comité consultatif d'hygiène conclut:

Si l'ingestion de moules peut donner lieu à des accidents quelquefois très graves, il ne semble pas que ces accidents soient plus fréquents au moment du frai. Il n'y a donc pas de raison tirée de l'hygiène pour interdire la vente de ce mollusque du 30 avril au 1er septembre, et il n'y a aucun inconvénient à l'abrogation des décrets des 4 juillet 1853 et 19 juillet 1859. J. B.

Lo ammazzatoio di Palermo, par L. de BLASI (*Palermo*, 1890).

Pour remplir leur rôle si important au point de vue de la santé publique, les abattoirs, ainsi que les marchés aux bestiaux qui en sont l'annexe naturelle, doivent être soumis à une direction et à une surveillance sanitaire rigoureuses et continues, et être aménagés de façon à rendre cette surveillance effective, de même qu'à empêcher les contacts entre animaux malades et sains. Le service sanitaire doit fonctionner avant et après l'abatage : avant, pour s'opposer à ce qu'on abatte des bêtes malades ou pour les faire abattre à part, sans danger de contagion pour les autres ; après, pour éliminer de la consommation les viandes malsaines, en assurant la neutralisation parfaite de celles qui peuvent être rendues inoffensives et la destruction complète des autres.

Les abattoirs doivent être situés dans des localités sèches et aérées, être séparés, mais non trop distants, des habitations, à proximité des lieux d'arrivage du bétail de boucherie (chemin de fer, port), avoir un pavé entièrement imperméable, une distribution d'eau abondante, des égouts bien construits, déversant les eaux sales soit en aval de la ville dans un cours d'eau, soit, ce qui est préférable et se fait à Berlin, sur des terres arables.

Enfin, l'accès de ces établissements doit être absolument interdit aux chiens. A Palerme, où ce n'est pas le cas, ces animaux ont propagé, dans les populations suburbaines, le tænia inerme.

De Blasi donne la description plus ou moins détaillée, même avec plans, des abattoirs qu'il considère comme des modèles d'installation : Munich, Berlin, Dresde, Milan, Tunis.

Puis il expose les défectuosités nombreuses de l'abattoir de Palerme, et fait une série de propositions pour y remédier. J. B.

La prostitution à Paris de 1878 à 1887, par COMMENGE (*Bulletin Acad. de médecine*, 7 *janvier* 1890).

1° *Filles en maisons :* sur 503712 visites : 2,70 pour mille de maladies syphilitiques ; 2,52 pour mille de maladies non syphilitiques ; 0,30 pour mille de gale ;

2° *Filles en cartes :* sur 305799 visites : 3,12 pour mille de maladies syphilitiques ; 3,06 pour mille de maladies non syphilitiques ; 0,36 pour mille de gale ;

3° *Filles du dépôt* (c'est-à-dire les filles inscrites qui ont été l'objet d'arrestations plus ou moins nombreuses): sur 76740 visites: 23,96 pour mille de maladies syphilitiques; 14,46 pour mille de maladies non syphilitiques; 4,06 pour mille de gale;

4° *Filles insoumises* (c'est-à-dire se livrant à la prostitution clandestine): sur 27041 visites : 166 pour mille de maladies syphilitiques; 134 pour mille de maladies non syphilitiques; 19 pour mille de gale. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, par E. LANCEREAUX (*In*-8°, *Paris*, 1890).

Lancereaux a réuni dans ce volume quelques-unes des leçons qu'il a faites à la Pitié depuis 1886. Il a, naturellement, publié celles d'entre elles qui portent sur des sujets qui sont pour lui des sujets de prédilection. On ne sera donc pas surpris de trouver des leçons consacrées à l'endartérite généralisée, aux paralysies alcooliques, aux cirrhoses, à l'urémie, à l'empoisonnement oxy-carboné par les poêles mobiles, au rhumatisme articulaire aigu et au rhumatisme chronique, au diabète et à la goutte. Ce sont là des questions étudiées avec un soin tout particulier par Lancereaux, et sur lesquelles il a une opinion personnelle.

Lancereaux est un de ceux qui ont les premiers bien compris et bien montré le rôle en pathologie des artérites généralisées, un de ceux qui ont les premiers bien vu que des maladies et des lésions en apparence étrangères les unes aux autres relevaient en réalité d'un même élément commun, la lésion inflammatoire des artères. Que l'endartérite prédomine du côté des reins, et il y aura de la néphrite interstitielle, de l'urémie; du côté du cœur, il y aura insuffisance du myocarde, dilatation des ventricules, asystolie; du côté du cerveau, et le malade sera menacé d'hémorragie ou de ramollissement cérébral.

Pour ce qui est des cirrhoses du foie, Lancereaux les divise d'après leur étiologie en cirrhoses alcoolique, impaludique et syphilitique, auxquelles on peut ajouter les cirrhoses secondaires. Dans ces dernières la sclérose s'est développée au pourtour de quelque lésion, comme le kyste hydatique, ou bien elle accompagne la congestion passive du foie ou l'adénome. Les cirrhoses alcooliques comprennent plusieurs types : la cirrhose alcoolique commune, cirrhose de Laënnec, et la cirrhose alcoolique graisseuse. Le volume du foie n'a là qu'une importance secondaire; et c'est à l'alcoolisme lui-même, et non à la tuberculose concomitante, qu'il faut rapporter cette dernière forme de cirrhose. Dans certains cas, à marche aigüe, il y a une infiltration diffuse, interstitielle, des lobules par des éléments embryonnaires.

Lancereaux trace comparativement l'histoire du rhumatisme articulaire

aigu et du rhumatisme chronique. Le rhumatisme articulaire aigu, ou fièvre rhumatismale, est une maladie des jeunes gens, qui ne se rencontre plus après 30 ans; l'endocardite aigüe est sa complication principale ; le rhumatisme chronique se développe surtout à partir de 30 ans, il évolue d'une façon subaigüe et finit par devenir chronique, il n'a aucun rapport avec le rhumatisme articulaire aigu. Sa complication principale, c'est l'artériosclérose avec les dangers qui résultent de ses localisations particulières dans les viscères. Le rhumatisme chronique se produit chez des individus névropathiques, sujets à l'eczéma, au prurit, à l'intertrigo, à la migraine, aux hémorragies diverses, à la calvitie, à la dyspepsie. Chez eux on rencontre souvent des troubles trophiques des ongles, des varices et des ulcères variqueux qui sont aussi la conséquence de troubles trophiques. Ils sont de la même famille pathologique que les goutteux et les diabétiques gras.

Tout cela, le rhumatisme chronique, la migraine, la goutte, le diabète gras, n'est que l'expression d'un même état général, d'une même maladie constitutionnelle. Du reste, Lancereaux ne reconnaît à la goutte aucune autonomie, il n'y a pas pour lui de démarcation entre elle et le rhumatisme chronique. Signalons encore une intéressante leçon sur les troubles trophiques du rhumatisme chronique, et une leçon sur les diabètes. Le diabète gras, nous l'avons dit, appartient à la famille du rhumatisme chronique ; mais il y a d'autres variétés de cause et d'évolution bien différentes, le diabète maigre ou diabète pancréatique et le diabète qui succède à un traumatisme ou à une lésion du système nerveux, semblable, dans sa pathogénie, à celui que créait expérimentalement Cl. Bernard.

Nous ne pouvons nous étendre davantage ; nous avons dû nous borner à signaler quelques séries de leçons. Notre analyse toute sommaire suffira à montrer ce que les idées de Lancereaux ont d'original.

A. MATHIEU.

Leçons de clinique médicale, par H. RENDU (2 *vol. in*-8°, *Paris*, 1890).

Les deux importants volumes de leçons cliniques que vient de publier Rendu reproduisent une partie des conférences qu'il a faites à l'hôpital Necker pendant trois années consécutives. Consacrées principalement à l'exposé de l'histoire clinique d'un certain nombre de malades et à la discussion du diagnostic, ces leçons ont permis en outre à l'auteur de faire connaître ses idées personnelles sur un grand nombre de points de théorie et de pratique médicales.

Le premier volume renferme les leçons qui ont trait aux maladies générales, aux maladies du poumon, de la plève, du cœur et des vaisseaux. Le second est consacré aux maladies de l'appareil digestif, des reins et du système nerveux.

Parmi les premières, nous signalerons de préférence celles qui ont trait au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, à la sclérose pulmonaire et à l'empyème métapneumonique : aux variétés d'aortite et d'anévrismes de l'aorte. Dans le second volume sont étudiées avec soin les différentes formes cliniques de l'ictère, les infections purulentes spontanées, la tympanite et les néphrites.

Toutes ces questions sont traitées au point de vue moderne, en tenant

compte des progrès réalisés en microbiologie et en pathologie expérimentale. On y trouvera surtout des règles de diagnostic et des indications thérapeutiques.

A propos des pneumonies abortives, Rendu expose ses idées sur la congestion pulmonaire aiguë : cette affection est très probablement d'origine microbienne; elle se produit, en effet, le plus souvent au printemps, c'est-à-dire à l'époque de l'année où les pneumonies franchement microbiennes sont plus fréquentes. Elle semble l'expression d'une infection atténuée, de même que certains embarras gastriques sont de véritables fièvres typhoïdes avortées. La nature microbienne de la congestion pulmonaire est encore rendue probable par l'existence de petites épidémies de cette maladie.

Une autre leçon a pour objet une malade ayant eu, à la suite d'accidents puerpéraux, une embolie pulmonaire septique suivie du développement d'un pneumothorax, qui guérit rapidement à la suite de l'empyème.

A propos d'un malade atteint d'insuffisance mitrale et présentant le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, Rendu fait une intéressante étude de ce phénomène. Il pense que cette perturbation respiratoire est due, non pas à une sorte d'anesthésie du bulbe, mais au contraire à une exagération de sa réflectivité, et dans le cas qu'il rapporte il a vu le chloral et les injections de morphine régulariser la respiration.

A propos d'un fait intéressant de pyélo-néphrite d'origine blennorragique, Rendu cite plusieurs observations confirmant le peu de gravité ordinaire de cette forme de néphrite ascendante et épithéliale. Il insiste sur son diagnostic, qui est souvent embarrassant parce qu'elle peut être masquée par les lésions urétro-vésicales et qu'elle risque d'être confondue avec la tuberculose rénale. Elle a, comme cette dernière, le type subaigu et présente peu de tendance à la guérison.

Dans la blennorragie utérine et tubaire, la propagation au péritoine paraît se faire ordinairement par continuité de muqueuse et non par l'intermédiaire des vaisseaux et des ganglions. L'ovarite blennorragique n'existe pas plus que l'orchite de même nature, et c'est la forme que prend la trompe enflammée qui fait croire à son existence. La salpingite est assez fréquente chez les nouvelles mariées dont le mari a eu autrefois une urétrite qui se ravive sous l'influence de l'excitation génitale.

Dans les leçons relatives aux maladies du système nerveux, nous signalerons un cas de névrite radiculaire du plexus cervical avec paralysie radiculaire du type Duchenne Erb, de cause indéterminée chez un sujet nerveux, et deux cas d'atrophie musculaire progressive chez des sujets atteints de lésions spinales anciennes.

A propos d'un cas de paralysie diphtéritique, Rendu fait remarquer que cette forme de paralysie, qui ne s'accompagne ni d'atrophie musculaire ni de modifications considérables de la contractilité électrique, diffère de celles qui se rencontrent dans le cours des autres maladies infectieuses : celles-ci, en effet, débutent pendant le cours même de la maladie, et ne se généralisent pas comme la paralysie diphtéritique: elle se rapproche davantage des paralysies toxiques produites par le sulfure de carbone et semble plutôt due à des troubles fonctionnels spino-bulbaires qu'à des altérations permanentes de structure.

Les leçons sur l'hystérie montrent les différentes formes de l'hystérie toxique, mercurielle et saturnine. L'une d'elles a pour sujet un saturnin atteint d'accès épileptiformes suivis de vertiges, de céphalée et d'un bégayement spécial.

Une importante leçon est consacrée au tremblement hystérique, dont Rendu décrit les différents types, qui rappellent tantôt la paralysie agitante, tantôt la sclérose en plaques, et dont le mode de développement et les causes déterminantes sont très variables. GEORGES THIBIERGE.

La Tisichezza polmonare, par Errico de RENZI (*In-8° 500 pages, Naples*, 1890).

L'ouvrage publié par de Renzi est, en réalité, moins une étude de la phtisie pulmonaire qu'un traité complet de la tuberculose. Si une place prédominante est donnée aux manifestations du bacille dans l'appareil respiratoire, l'auteur n'oublie pas que la tuberculose se montre partout, et, chemin faisant, il fait connaître les altérations, les symptômes des diverses variétés de tuberculose de la peau, des muqueuses, de l'appareil digestif, etc.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'étude du bacille tuberculeux, aux pseudo-tuberculoses engendrées par la syphilis, dont de Renzi publie trois belles observations, au mode d'infection par les voies respiratoires, par l'appareil digestif. Il insiste à ce propos sur la nécessité de ne pas se borner à la recherche du bacille, qu'on peut ne pas rencontrer, alors que la maladie est bien tuberculeuse, mais à contrôler le diagnostic par l'inoculation des crachats ou des parcelles de tissus aux animaux. Les recherches hygiéniques modernes sur l'infection par le lait, l'eau, les aliments, sont soigneusement mentionnées.

Toute cette première partie (227 pages), consacrée à la pathogénie de la tuberculose, forme une revue générale des plus complètes, enrichie d'une série d'expériences personnelles.

Dans la seconde partie, l'auteur traite de l'étude clinique de la tuberculose, symptômes généraux, locaux, troubles fonctionnels, complications du côté des divers organes ou appareils, etc.

La troisième partie est consacrée au traitement. Nous trouvons l'exposé des cures climatériques et maritimes, du traitement alimentaire et de la thérapeutique si variée mise en œuvre contre cette maladie.

Dans cet ouvrage, de Renzi se montre, en même temps que clinicien sagace, un véritable érudit. Aucun des travaux modernes, anatomo-pathologique, clinique, ne lui a échappé, et le lecteur pourra juger, par les nombreuses citations d'auteurs français, de la part qui revient à notre pays, depuis la découverte de Villemin, dans l'étude de cette maladie.

A. CARTAZ.

I. — **Motor paralysis resulting from the hypodermic injection of ether, par David WALLACE** (*Edinburgh med. journ., septembre, t. II, p.* 244; 1890).

II. — **Étude sur quelques cas d'atrophie musculaire limitée aux extrémités et dépendant d'altération des nerfs périphériques, par DUBREUILH** (*Revue de médecine, p.* 441, *juin* 1890).

III. — **Weitere Mittheilungen zur Pathologie der multiplen Neuritis, par OPPENHEIM** (*Berlin. klin. Woch., n°* 24, *p.* 545, 16 *juin* 1890).

IV. — Discussion de la Société des médecins à la Charité de Berlin (*Ibidem*, *n°* 28, *p.* 642, *et n°* 29, *p.* 669, 14 *et* 21 *juillet*).

I. — L'injection d'éther dans les muscles peut déterminer une paralysie motrice. Le diagnostic est peu grave, parfois le retour des mouvements peut tarder assez longtemps, mais il survient toujours. L'application de l'électricité hâte d'une façon merveilleuse le retour des mouvements. Pour éviter cet accident, il faut avoir grand soin de faire l'injection sous-cutanée; si l'on veut la faire dans le muscle, il faut choisir un muscle épais, tel le deltoïde, où l'on risquera moins de mettre l'injection en rapport avec quelque branche nerveuse importante. Des faits analogues ont été signalés par Arnozan. F. VERCHÈRE.

II. — Dubreuilh publie trois observations de névrites périphériques remontant à une époque très éloignée et s'étant caractérisées par des atrophies musculaires localisées aux mains, aux pieds, aux avant-bras et aux jambes. Depuis longtemps, ces atrophies étaient stationnaires; c'est même ce point de vue spécial qui fait l'intérêt de ce travail. Si l'on ne connaît pas la possibilité de faits de ce genre, on peut être conduit, par la nature et la localisation des lésions atrophiques, par les déformations consécutives, à croire à une myopathie primitive ou à une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne pendant une période d'arrêt dans la cause de son évolution progressive. L'erreur est grave au point de vue du pronostic, car elle consiste à confondre une lésion accomplie, immobilisée, une cicatrice pour ainsi dire, avec une affection grave et progressive. C. GIRAUDEAU.

III. — 1° Homme alcoolique. Début de la maladie il y a 6 mois, d'abord par de la paresthésie des mains et des pieds, puis par des accès douloureux Ensuite paralysie des quatre extrémités. État à l'entrée : Sensibilité exquise à la pression des troncs nerveux et des muscles, œdème considérable, principalement au niveau des adducteurs et du dos; aux membres inférieurs, signe de Westphal et paralysie musculaire spécialement intense dans le territoire des sciatiques poplités externes. La paralysie motrice des membres supérieurs, diffuse au début, s'est de plus en plus cantonnée au trajet du nerf radial. Réaction de dégénérescence partielle au niveau de tous les muscles paralysés des quatre membres. Émoussement de la sensibilité au contact, au niveau surtout des mains et des pieds: à l'analgésie initiale ont succédé de l'hyperalgésie et un trouble de la notion de la situation des mains et des pieds. Fréquence du pouls, qui bat 120 fois ou même plus par minute.

Un mois après l'entrée, paralysie complète des deux phréniques.

Actuellement, l'émaciation des muscles est très visible. L'hyperesthésie de la plante du pied droit est telle que le malade n'ose marcher. Il existe encore une réaction de dégénérescence partielle au niveau des muscles animés par les sciatiques poplités externes. Les réflexes tendineux rotuliens manquent toujours, bien que la mobilité des genoux et des hanches soit redevenue normale. Il reste seulement l'impossibilité d'étendre suffisamment le pied et les orteils. La fréquence du pouls a également disparu.

A la période d'état de la maladie, il existait un souffle systolique qu' Oppenheim a constaté quelquefois dans des cas analogues. Les érections et éjaculations ont reparu seulement depuis quelques semaines.

2° Femme malade depuis 6 mois. Alcoolique. Débilité de la mémoire pour les faits récents; paralysie des membres inférieurs affectant essentiellement les sciatiques poplités externes; sensibilité à la pression des tissus nerveux,

signe de Westphal. Parésie des mains avec paresthésie et émoussement de la sensibilité. Tous les troubles morbides se sont améliorés. Dans la marche la pointe des pieds traîne peu, parce que le jambier antérieur fonctionne normalement.

3° Homme de 40 ans. Syphilis il y a vingt ans. En 1887, perte de connaissance, diplopie et vertiges par lesquels il est de nouveau soumis à la médication mercurielle. En avril 1889, faiblesse dans les jambes, paralysie ; bientôt après, la motilité des mains fut atteinte. Les mois suivants, paralysie complète des extrémités supérieures, presque complète des extrémités inférieures, de l'incontinence d'urine, de la paresthésie des mains et des pieds, les mains atrophiées en forme de griffes, une atrophie universelle des muscles, des pieds et des membres supérieurs. Réaction de dégénérescence partielle. Excitabilité des nerfs encore partout subsistants aux membres supérieurs. Muscles des extrémités inférieures tous parésiés ; paralysie complète au niveau du sciatique poplité externe droit avec réaction de dégénérescence ; ce nerf lui-même était gonflé et très sensible à la pression, et sur son territoire seulement la sensibilité était troublée ; léger trouble de la sensibilité des mains.

Contrairement aux cas précédents, le réflexe rotulien était exagéré au lieu de faire défaut.

4° Homme brusquement pris de paresthésie dans les quatre membres. Délire le premier jour, avec fièvre intense ; dans la marche, les pieds frappent fortement le sol ; signes de Romberg et de Westphal. Sensibilité à la pression des muscles et nerfs des membres inférieurs. La paralysie motrice, qui n'affectait d'abord aucun type déterminé, se caractérise de plus en plus sur le trajet du sciatique poplité externe, où elle devint complète, tandis qu'aux membres supérieurs elle reproduisait le type des paralysies saturnines : limitée d'abord aux rameaux de l'extenseur commun destinés aux troisième et quatrième doigts, puis atteignant les autres rameaux de ce nerf, et enfin envahissant les autres extenseurs, en respectant toujours les supinateurs et le long abducteur du pouce. Il y avait en outre quelques troubles de la sensibilité. Comme symptômes cérébraux, il existait du nystagmus et une décoloration de la moitié temporale des papilles. Tuberculose pulmonaire et excès alcooliques. Fièvre intense et continue, paralysie du diaphragme et mort. Autopsie : tuberculose miliaire. Inflammation parenchymateuse grave des nerfs périphériques ; inflammation interstitielle hémorragique des muscles paralysés. La moelle épinière contenait, au niveau du renflement cervical, sur une hauteur de 1 ou 2 millimètres, à la limite des cornes antérieures et postérieures, un petit foyer dans lequel la substance nerveuse disparue était remplacée par un tissu hyalin, homogène. Il y avait enfin névrite optique.

5° Femme de 30 ans. Alcoolique. Début par de l'affaiblissement de la mémoire ; ensuite paralysie dans les quatre membres. Aux membres inférieurs atrophiés, la paralysie intéressait surtout les territoires du sciatique poplité externe et du tibial postérieur. L'ataxie était manifeste, signe de Westphal. Sensibilité considérable à la pression des muscles et des tissus nerveux ; faiblesse et ataxie des mains. Paralysie du radial gauche avec intégrité du long supinateur et du long abducteur du pouce. Réaction de dégénérescence au niveau des nerfs sciatiques, poplité externe, tibial postérieur et radial. Délire continu, fièvre intense et mort rapide. Autopsie : dégénération considérable des nerfs moteurs, spécialement de leurs rameaux musculaires ; myosite interstitielle un peu moins marquée que dans le cas précédent. Légère poliomyélite antérieure, révélée par la rareté et les faibles dimensions des cellules ganglionnaires, dont beaucoup ont perdu leurs prolongements.

IV. — Dans la discussion, *Bernhardt* fait remarquer que le diagnostic différentiel de la polynévrite et de l'ataxie locomotrice, dans les cas dou-

teux, doit se baser sur la précocité et la simultanéité d'apparition, dans la 1re de ces maladies, des troubles psychiques et de l'affaiblissement de la motilité.

Remak a observé les deux faits suivants :

Homme de 61 ans, grand mangeur et buveur, souffrant depuis des années d'élancements dans les bras; brusquement pris des deux côtés d'une paralysie des extenseurs des premières phalanges du troisième et du quatrième doigts avec réaction de dégénérescence grave. L'enquête la plus minutieuse ne révèle aucune source de saturnisme, malgré le caractère typique de la paralysie. Guérison par le massage, neuf mois plus tard.

Hôtelier amputé du bras gauche depuis l'âge de 5 ans; obligé par sa profession de passer les nuits, il fut pris d'une paralysie de l'avant-bras droit, à type saturnin, que le traitement électrique ne fit qu'augmenter, tandis que le massage se montra inefficace. Guérison à la suite d'une cure thermale.

J. B.

De l'hystérie simulant la chorée de Sydenham, par DEBOVE (*Soc. médicale des hôpitaux*, 10 *octobre* 1890).

Un homme de 21 ans présentait les signes habituels de la chorée de Sydenham à un haut degré, empêchant la marche ou la préhension de tout objet. Après constatation de l'existence de deux zones douloureuses dans les flancs (zones hystérogènes iliaques), on pratique une pression très énergique sur ces zones; le malade se raidit, la face se congestionne, puis la contraction cesse et presque aussitôt après le malade peut manger, marcher, parler. On put alors apprendre que quatre ans auparavant il avait eu une légère chorée, guérie par des douches en quelques jours; la crise dernière avait duré plus de deux mois. H. L.

I. — Ein merkwürdiger Anfall von Hysterie, par Al. SCHLESINGER (*Wien. med. Presse*, *n°* 8, *p.* 293; 1890).

II — A study of the anesthesies of hysteria, par Ch. DANA (*The Amer. journ. of the med. sc.*, *t. II*, *p.* 365, *octobre* 1890).

III. — Monoplegia anœsthetica faciei, par ADAMKIEWICZ (*Wien. medic. Presse*, *n°* 11, *p.* 401; 1890).

IV. — Monoplégie brachiale hystérique avec atrophie, par G. BALLET (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 9 *mai* 1890).

V. — Contribution à l'étude des bâillements hystériques, par GILLES DE LA TOURETTE, HUET, GUINON (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, *n°* 3, *p.* 97; 1890).

VI. — De l'hystérie consécutive à la grippe, par E. LE JOUBIOUX (*Thèse de Paris*, 1890).

VII. — La pseudo-méningite hystérique, par H. HUCHARD (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, *n°* 31, *p.* 489; 1890).

VIII. — Un cas d'abasie-astasie sous forme d'attaques, par LADAME (*Arch. de neurol.*, *janvier* 1890).

I. — Une femme de 37 ans présente une tumeur irréductible à la région

inguinale gauche, avec tous les signes de l'étranglement herniaire. Elle refuse d'abord l'opération, en prétextant qu'elle a déjà eu des accidents analogues sans suites fâcheuses ; puis, après de longs pourparlers, elle accepte.

Sous le chloroforme, la tumeur se réduit sans difficulté. On donne un purgatif qui reste sans effet, et les signes d'étranglement persistant, on se dispose à pratiquer la laparotomie, quand les phénomènes disparaissent ; la malade guérit.

Quelques semaines plus tard, elle a des signes d'œsophagisme.

Il s'agit d'une hystérique. L'auteur admet que les accidents d'étranglement se sont produits sans lésions anatomiques caractérisées. L. GALLIARD.

II. — Les principaux caractères de l'anesthésie hystérique sont :

1° Son existence fréquente dans le champ rétinien et la disposition particulière qu'elle y revêt ;

2° Son mode de distribution sur le tégument, atteignant d'abord les nerfs de la douleur ; ses modifications, disparition ou transfert sous l'influence des métaux, de la suggestion, des excitants cutanés divers ;

3° Sa localisation aux nerfs de l'audition : surdité pour les notes élevées et souvent aussi pour les notes basses aussi bien qu'une atténuation générale de l'acuité auditive ;

4° La rareté coïncidante des anesthésies musculaires et articulaires, excepté dans les cas où existe concurremment une paralysie centrale ;

5° Enfin son extension au toucher et au goût. F. VERCHÈRE.

III. — On connaît les deux cas de monoplégie anesthésique d'Adamkiewicz (*R.S.M.*, XXX, 518) ; ces cas ont soulevé des critiques, car ils semblaient se rapporter, non pas à une maladie nouvelle, mais à l'hystérie.

Ici l'affection porte sur la face.

Un officier de 51 ans, ayant couché en plein air pendant des mois, éprouve au printemps de 1888 des fourmillements insupportables d'abord à l'angle interne de l'œil gauche, puis à l'aile du nez, aux deux yeux et aux joues ; pendant l'hiver il devient si sensible au froid, qu'il est obligé de se garantir la face à l'aide d'une fourrure. Plus tard, les douleurs s'étendent à toute la face et à une partie du cuir chevelu.

Rien autre à signaler chez le malade que l'anesthésie de la face, spécialement de tout le côté gauche de la face, mais aussi des régions frontale et oculaire du côté droit. Le patient ne perçoit ni le contact, ni la piqûre d'une aiguille ; il a perdu, dans les mêmes régions, la notion de la température ; anesthésie des muqueuses à gauche, perte du goût de ce côté. Rien du côté des yeux.

D'après cette description, l'affection intéresse le domaine du trijumeau gauche et d'une partie du trijumeau droit, mais n'atteint que les rameaux sensitifs : elle respecte les faisceaux moteurs et sécréteurs.

L'auteur admet une altération des rameaux périphériques, probablement une névrite et périnévrite avec atrophie ascendante, et repousse l'hypothèse d'une lésion du tronc nerveux et des noyaux. L. GALLIARD.

IV. — Un homme de 25 ans, journalier, s'aperçoit, sans cause aucune, que son bras gauche maigrit et faiblit. Cinq semaines après, Ballet constate l'atrophie en masse des muscles du bras, de l'avant-bras et de la main ; les os de la main sont aussi atrophiés. Le malade présente en même temps de l'hémianesthésie gauche, sauf au crâne, avec diminution de l'ouïe et de l'odorat à gauche et le point douloureux iliaque. L'interrogatoire montre, en outre, l'existence de crises hystériques intenses antérieures. A 21 ans, hémiplégie

gauche avec aphasie durant trois mois ; à 22 ans, nouvelle hémiplégie gauche sans aphasie, durant deux mois. H. L.

V. — Les bâillements hystériques ont été signalés pour la première fois dans une leçon de Charcot (1888) ; les auteurs du présent travail relatent cinq observations. Il s'agit donc d'une manifestation rare de la névrose. Les bâillements sont remarquables par leur persistance, et de plus par le rythme et la cadence qu'ils présentent, caractères propres à nombre de phénomènes hystériques.

Certains malades ont des crises de bâillement précédées d'une aura. Ces crises peuvent se terminer par une véritable attaque convulsive ordinaire, les bâillements représentant alors la phase tonique de l'accès ; quelquefois cependant on voit alterner, sans se confondre, les attaques convulsives proprement dites et les attaques de bâillement. On pourrait distinguer ces bâillements de ceux des épileptiques, en s'appuyant sur les résultats fournis par l'analyse de l'urine. G. LYON.

VI. — Conclusions :

1° La grippe, comme toutes les affections qui débilitent l'organisme, peut provoquer l'hystérie ;

2° Elle la provoque à diverses périodes de son évolution, mais surtout pendant la convalescence ;

3° Toutes les manifestations de l'hystérie peuvent apparaître sous l'influence de cette maladie ;

4° Ces manifestations peuvent être isolées ou combinées de diverses manières ;

5° La guérison semble survenir, dans la grande majorité des cas, dès que l'état général est relevé par un traitement approprié. G. LYON.

VII. — Observation d'une malade présentant des antécédents tuberculeux dans sa famille, prise de céphalalgie et de vomissements, après une période de malaise caractérisée surtout par de l'insomnie et de l'inappétence. A ces accidents viennent bientôt s'ajouter de la photophobie, de la constipation, puis la température s'élève, et on peut constater, au bout de quelques jours, un état de torpeur très accusé avec subdelirium, des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, la raie méningitique, un léger état parétique du bras gauche, de la rétention d'urine, enfin de l'aphasie, etc. Ces symptômes alarmants disparurent progressivement, et on reconnut un certain nombre de stigmates hystériques qui ne laissèrent aucun doute sur la nature hystérique des accidents. G. LYON.

VIII. — X..., 54 ans, a passé treize ans de sa vie à voyager en Amérique. Atteint deux fois de fièvre jaune, une fois de dysenterie et plusieurs fois de fièvre paludéenne. Il y a vingt-quatre ans, première attaque en faisant de la voltige à cheval (vertige avec angoisse, grande pâleur de la face, sentiment de défaillance), puis, même attaque quelques jours plus tard, en parcourant à pied une forêt vierge (obligé de s'arrêter, de s'asseoir, voyant avec angoisse ses compagnons s'éloigner de lui et ne parvenant à les rejoindre qu'avec des peines inouïes). Pendant quatre ans, pas d'attaque ; puis, un jour, à cheval, nouvelle attaque, suivie, quelques jours plus tard, d'un second accès dans la rue. A partir de ce moment, accès de plus en plus fréquents jusqu'à rendre la marche impossible, et accompagnés de douleurs aiguës, survenant brusquement et s'éteignant peu à peu. Depuis bien des années, M. X... ne peut marcher plus de quelques centaines de pas sans être pris soudain d'un accès d'astasie-abasie.

Cette variété d'abasie ne rentre pas, selon Ladame, dans le cadre

tracé par Blocq ou par Charcot. C'est une abasie sous forme d'attaques, chez un hystérique. DESCOURTIS.

I. — Contribution à l'étude clinique de la chorée héréditaire, par Pietro CAVIGLIA (*Arch. italiano di clinica medica, juin* 1890).

II. — Ein Fall von chronischer hereditärer Chorea, par E. BIERNACKI (*Berl. kl. Woch., n° 22, p.* 485, 2 *juin* 1890).

III. — Corea cronica progressiva, par G. CIRINCIONE et G. MIRTO (*La Psichiatria, VII, fasc.* 3 *et* 4). — **Corea cronica progressiva : ricerche anatomische, par LES MÊMES** (*Giornale di neuro-patologia, VII, fasc.* 41890).

I. — La chorée héréditaire est une affection rare, caractérisée surtout par l'influence héréditaire bien nette qui préside à son développement, et par l'arrêt momentané des mouvements sous l'empire de la volonté.

L'auteur en a observé deux cas dans la même famille, la mère et le fils.

Passant en revue les travaux publiés sur ce sujet, il montre que la chorée héréditaire ne s'observe pas seulement de 30 à 40 ans, comme le disait Huntington, mais qu'on peut la voir survenir dès le jeune âge et jusqu'à 60 ans.

Cette maladie atteint également les deux sexes. Les troubles psychiques sont plus fréquents et plus précoces chez la femme. A. SIREDEY.

II. — Premier cas de chorée héréditaire de l'adulte signalé en Pologne; c'est également le premier qui se soit montré absolument rebelle au traitement; observé chez un homme de 48 ans, chez lequel l'affection a débuté il y a cinq ans, sans cause appréciable. Elle est apparue d'abord à la face (lèvres), puis s'est étendue aux membres supérieurs et ensuite au tronc. La parole a été gênée presque dès l'origine.

La mère a offert les mêmes mouvements choréiques dès l'âge de 40 ans et son langage était incompréhensible. Le grand-père maternel avait été également pris par la maladie à l'âge de 50 ans.

Amélioration par la liqueur de Fowler (de 6 à 10 gouttes par jour).

Biernacki se demande si le pronostic d'incurabilité qu'on a fait à la chorée héréditaire des adultes ne tiendrait pas à ce que jusqu'ici on n'a guère eu à traiter que des cas invétérés, les malades songeant peu à se faire soigner pour une affection qui, somme toute, ne les empêche pas de travailler et qu'ils voient d'autre part dans leur famille. J. B.

III. — Après un exposé de l'état de la question, l'auteur relate cinq observations personnelles de chorée chronique, et trace le tableau clinique de cette affection. Il arrive à ces conclusions (que pour notre part nous considérons comme absolument fausses) : la chorée est une. Cependant, au point de vue clinique, il convient d'en décrire deux formes, en prenant pour base non plus l'âge ou d'autres données étiologiques, mais bien la marche bénigne ou fatale de la maladie.

La première forme constitue la chorée vulgaire ou de Sydenham; elle se manifeste de préférence chez les enfants, plus rarement chez les adolescents, les adultes, les femmes enceintes, etc., et se termine toujours par la guérison.

La deuxième forme constitue la chorée chronique progressive et peut commencer à n'importe quel âge; mais se rencontre de préférence chez les adultes et les vieillards, et est caractérisée par :

1° La marche lente chronique et progressive des mouvements choréiques et leur atténuation dans les actes volontaires; 2° des troubles de la parole; 3° des troubles psychiques (perte de la mémoire, formes maniaques, démence); 4° issue fatale. — Quant à l'influence héréditaire signalée par Huntington, elle est loin de se retrouver toujours.

Dans la seconde brochure, destinée aux recherches anatomiques, l'auteur donne les résultats qu'il a obtenus de l'autopsie de deux de ses malades. Chez l'un, il y avait une dégénération des cordons postérieurs et cérébelleux directs. Chez la seconde malade, les cordons médullaires n'étaient ni certainement altérés ni cependant absolument normaux, augmentation du pigment des cellules ganglionnaires des cornes antérieures. Chez le premier malade, atrophie de la substance grise des circonvolutions avec méningite et foyers de nature nécrobiotique. Deux planches accompagnent ce travail. PIERRE MARIE.

Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches, par J. GRASSET (*Arch. de neurol.*, *n*os 58 *et* 59).

Ces leçons portent sur deux malades dont Grasset fait l'histoire et dont il discute longuement le diagnostic.

La première est atteinte de maladie tiqueuse. Etant encore enfant, elle a présenté des tics légers se traduisant par des contractions brusques et répétées se produisant au niveau de la bouche et des yeux. Jeune fille, les tics de l'enfance sont remplacés par la projection de la jambe droite, ce qui est très rare, les tics convulsifs ayant pour siège de prédilection l'extrémité céphalique. Consécutivement, paralysie du membre. Exclamations involontaires, coprolalie. Absence de stigmates psychiques, ce qui est encore contraire à la règle.

La seconde malade est atteinte de tremblement de la tête et des membres du côté gauche. Elle est hystérique, et Grasset fait dépendre le tremblement d'une alteration fonctionnelle ou organique du mésocéphale (protubérance et pédoncule droit). DESCOURTIS.

Du bégayement hystérique, par G. BALLET et P. TISSIER (*Soc. méd. des hôp.*, 11 *octobre* 1889, *et Arch. de neurol.*, *n*° 58; 1890).

Le bégayement, qui a son individualité et son importance cliniques, n'est parfois qu'un dérivé, un aboutissant de l'aphasie hystérique, mais il s'isole souvent d'une façon si nette, il acquiert dans le tableau morbide une prépondérance si caractérisée, qu'il mérite une description à part.

Homme de 43 ans; en 1862 coliques saturnines, puis paralysie guérie. Depuis, crises de coliques hépatiques; pas d'alcoolisme; pas de syphilis. Au mois de janvier 1886, sous l'influence d'une émotion vive, mutisme. La parole revient au bout de deux jours, mais elle est défectueuse et ne se rétablit que peu à peu, à son entrée à l'hôpital.

On observe le liséré gingival, comme symptôme d'intoxication saturnine; des troubles de la sensibilitè générale et spéciale, manifestation de l'hystérie; enfin le bégayement. Le malade n'est pas aphasique; il a tous les mots à sa disposition, mais il n'arrive qu'avec peine à les articuler, par suite d'un trouble mécanique dans les organes d'émission. Il y a impossibilité absolue de prononcer certaines syllabes ou certaines lettres de l'alphabet; impossibilité d'articuler correctement certains mots ou certaines syllabes, qui sont

prononcés, mais altérés; enfin certains mots ou certaines lettres peuvent être prononcés d'une façon à peu près correcte, mais après maints tâtonnements et maints efforts, et lorsque le mot se compose de plusieurs syllabes, quelques-unes d'entre elles sont articulées très brièvement, tandis que les autres sont démesurément allongées. La difficulté de l'articulation coïncide avec un trouble manifeste de la motilité de la langue, qui ne fait que l'augmenter. — Amélioration intermittente, guérison au bout d'un mois.

Ballet et Tissier publient deux autres observations analogues et citent divers cas où ce signe a été observé.

Il existe donc un bégayement hystérique. Charcot y a fait allusion déjà et Cartaz l'a formellement signalé. Sa connaissance est importante au point de vue des troubles de la parole et du diagnostic différentiel avec la paralysie générale et la sclérose en plaques. Ce bégayement n'a été observé jusqu'à ce jour que chez des hommes. On doit le considérer comme consécutif, d'ordinaire, à une attaque d'aphasie de durée très courte. Ballet et Tissier l'ont toujours vu s'accompagner de troubles de la motilité de la langue (parésie, déviation spasmodique, tremblement).

DESCOURTIS.

Sur une complication peu connue de la sciatique (paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité), par G. GUINON et E. PARMENTIER (*Arch. de neurol.*, *n°* 59; 1890).

Guinon et Parmentier rapportent six observations prises dans les auteurs et cinq autres qui leur sont personnelles et proviennent du service de Charcot. Elles leur servent à établir qu'il existe une complication peu connue de la sciatique, consistant en une névrite localisée à une seule branche de division de ce nerf, le sciatique poplité externe, et caractérisée par des troubles moteurs et sensitifs portant sur le territoire de distribution musculaire et cutanée de ce tronc nerveux. Cette complication se présente aussi bien dans la sciatique simple, dans laquelle on ne l'avait, il est vrai, jamais décrite jusqu'aujourd'hui, que dans la sciatique par lésion traumatique des branches d'origine du nerf dans le bassin, où on la connaissait déjà. L'étiologie et la pathogénie ne semblent rien présenter de particulier. Les théories mises en avant pour interpréter les cas traumatiques déjà observés tombent devant les observations de sciatique simple. Il semble, pour le moment, qu'on doive se contenter de l'ancienne interprétation : prédominance des névrites sur les extenseurs. Quoi qu'il en soit, il s'agit le plus souvent d'une complication sérieuse, d'un pronostic assez sévère, commandé par la présence d'une névrite avec atrophie dégénérative des muscles. DESCOURTIS.

Maladies du système nerveux. Atrophies musculaires et maladies amyotrophiques (Conférences faites à la Faculté de médecine de Paris 1888-1889), par F. RAYMOND (*Paris*, 1889).

Volume de 500 pages, consacré à l'étude du symptôme « atrophie musculaire ». Après un historique sur l'étude des atrophies musculaires pendant les 30 dernières années, l'auteur aborde son sujet par la description anatomique et histologique du tissu musculaire strié, puis vient l'exposé de la physiologie et du développement du muscle. Le quatrième chapitre est consacré à l'anatomie pathologique générale des lésions

musculaires qui conduisent à l'atrophie : altérations interstitielles et parenchymateuses, dégénérescences diverses. Après des considérations sur l'étiologie et la pathogénie générale des atrophies musculaires, F. Raymond passe en revue différentes classifications de ce symptôme et adopte la suivante : atrophies circonscrites, progressives, diffuses. Comme atrophies circonscrites, il étudie celles produites par la compression d'un muscle, par une myosite de propagation, celles qui s'observent à la suite de fractures, de lésions articulaires ou d'une pleurésie; ce sont, d'après son expression, des variétés myopathiques d'atrophies musculaires circonscrites; la seconde variété, plus importante encore, est la variété neuropathique d'atrophies musculaires circonscrites. A cette occasion, deux chapitres (VIII et IX) sont consacrés à une exposition des différents procédés et méthodes d'exploration électrique des nerfs et des muscles, et à la signification de la réaction de dégénérescence (dans ces chapitres, Raymond fait usage des initiales françaises). Revenant à son sujet après cette digression, l'auteur résume les données acquises sur les atrophies musculaires en général, et entame l'étude spéciale des différentes formes d'atrophies musculaires progressives en commençant par le type Duchenne. Pour cette affection, comme pour toutes celles qui suivront, il étudie séparément l'historique, les symptômes, la marche, l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Après cette forme d'atrophie musculaire progressive viennent les formes familiales :

A. Paralysie pseudo-hypertrophique; — B. Type Leyden-Mœbius (début par les membres inférieurs avec lipomatose très faible ou nulle); — C. Type Zimmerlin (début par la ceinture scapulaire); — D. Type Erb (forme juvénile); — E. Type Landouzy-Déjerine (forme facio-scapulo-humérale); — F. Type Charcot-Marie (début par pieds et jambes, puis les mains). Après l'exposé minutieux de ces différentes formes, Raymond cherche à prouver que les unes sont comme des transitions vis-à-vis des autres. — A la suite de cette étude vient celle de la paralysie spinale infantile et de la paralysie spinale aiguë de l'adulte; ces deux formes, qui ne sont en résumé que la même affection survenant à des âges différents, sont examinées parallèlement; l'anatomie pathologique en est exposée en tenant soigneusement compte de l'historique. La paralysie spinale à marche rapide et curable, la paralysie spinale antérieure subaiguë et chronique, la poliomyélite antérieure chronique (forme mixte d'Erb); la paralysie générale spinale subaiguë diffuse de Duchenne font l'objet des chapitres suivants; chacune de ces formes est étudiée dans son ensemble et dans ses relations avec les autres formes. La syringomyélie vient ensuite avec ses symptômes multiples et variables, l'auteur discute son identité avec la maladie de Morvan. Nous arrivons maintenant aux amyotrophies dues à des névrites périphériques: en dehors des généralités, l'auteur étudie tout particulièrement la paralysie saturnine, la névrite lépreuse et la névrite alcoolique. — Puis viennent trois leçons épisodiques, pour ainsi dire, sur la trophonévrose faciale, les atrophies musculaires d'origine cérébrale, les atrophies musculaires en rapport avec l'hystérie. Trois chapitres sont consacrés à la sclérose latérale amyotrophique. La paralysie glossolabiée est traitée à part et non englobée dans la description de l'une des affections précédemment étudiées. La re-

cherche de l'amyotrophie est poursuivie dans les maladies qui ne s'accompagnent qu'accidentellement de ce symptôme (myélite disséminée ou transverse, compression de la moelle, sclérose en plaques, tabes). Quant au traitement, il est fait en général en insistant d'une façon particulière sur l'électrothérapie. — Nous avons dû nous borner à une simple énumération de ces différents chapitres; il est juste d'ajouter que ce livre représente l'état exact de la science sur chacun des sujets traités.

PIERRE MARIE.

I. — **Étude clinique et séméiologique du paramyoclonus multiplex, par LEMOINE et LEMAIRE** (*Revue de medecine, décembre* 1889 *et février* 1890).

II. — **Paramyoclonus multiplex, par P. FALDELLA** (*Rivista sperim. di frenatria e di med. leg., XIV, fasc.* 3 *et* 4).

III. — **Paramyoclonus multiplex, par Grainger STEWART** (*Brit. med. j., p.* 426, 22 *février* 1890).

IV. — **Thomsen's disease, par DRESCHFELD** (*Ibidem, p.* 429).

V. — **Caso di Paramyoclonus multiplex, par V. GAMPIETRO** (*Rivista clin. e terap., n°* 5, *p.* 239; 1890).

I. — Bonne étude d'ensemble, dans laquelle les auteurs passent en revue et donnent un résumé de trente observations de paramyoclonus empruntées à divers auteurs. A celles-ci ils en ajoutent une personnelle recueillie sur un homme de cinquante-trois ans et pouvant se résumer de la façon suivante: Rhumatisme chronique. Misère. Contractions disséminées aux membres, au tronc et à la face, cessant pendant le sommeil, les mouvements volontaires et sous l'empire de la volonté. Augmentation sous l'influence des excitations, du repos. Parole et démarche ébrieuses.

GIRAUDEAU.

II. — Longue revue, avec une observation personnelle de Faldella, qui l'amène aux conclusions suivantes : Quand on se trouve en présence d'un spasme limité aux membres et même à la face, quand ce spasme est irrégulier, survenant pendant le repos, cessant pendant les mouvements musculaires volontaires, sans troubles sensitifs ou viscéraux, sans altération de la sensibilité électrique, on doit penser au paramyoclonus multiplex. Quand au contraire le spasme musculaire est continu, quand il échappe à l'influence de la volonté et qu'il s'accroît dans les mouvements musculaires volontaires, on se trouve en présence de la crampe statique d'Erlenmeyer, l'astasie avec abasie de Blocq et les formes multiples de tics. — Tous ces faits prouvent, d'après Faldella, l'origine problablement hystérique du paramyoclonus multiplex ; son malade lui-même était un hystérique. DESCOURTIS.

III. — La malade de Stewart est une petite fille dont les muscles sont atteints de mouvements spasmodiques survenus spontanément sans secousse morale ni impression nerveuse. Pas d'antécédents névropathiques dans la famille. La forme des spasmes est variable : tantôt cloniques, tantôt tétaniques ou toniques, enfin fibrillaires. Bons effets des courants continus. Stewart considère le cas comme relevant d'un trouble fonctionnel des cellules motrices de la moelle.

IV. — Le malade de Dreschfeld est également un enfant de 14 ans, sans antécédents héréditaires, mais ayant deux frères atteints de la même maladie. L'affection date de sa première enfance : jamais il n'a pu marcher, ni courir

comme les autres enfants. L'apparence musculaire est belle et même la musculation semble exagérée, mais la force est médiocre. Les troubles myotoniques sont surtout marqués aux extrémités des membres et sur les muscles de la face. La contraction est lente à s'établir. Pour marcher après être resté assis, l'enfant a d'abord de la rigidité; pour fermer ses paupières ou les ouvrir, il a de la difficulté : une fois commencé, le mouvement se fait bien. La contractilité idiomusculaire est exagérée à la percussion; la contractilité faradique également; la contractilité galvanique normale; les contractions ondulatoires signalées par Erb se retrouvent avec les forts courants. Pas de cordon ni de paralysie pseudohypertrophique. H. R.

V. — Un homme de 46 ans fut surpris par un violent orage, et la foudre tomba à quelques mètres de lui; on le trouva sans connaissance; il reprit promptement ses sens, mais conserva un état de malaise qui se traduisait par une certaine pesanteur dans le côté droit; cette pesanteur s'accentuait sous l'influence des variations atmosphériques et surtout des orages.

Un an après, de nouveaux troubles nerveux survinrent, également à l'occasion d'un orage. Un tremblement des doigts de la main droite apparut et se propagea graduellement à la main et au bras correspondants; il revêtait l'apparence de mouvements convulsifs, puis de fortes secousses et contractions rapides du membre; bientôt l'autre bras fut atteint à son tour, et finalement tous les muscles prirent part à ces contractions spasmodiques; l'aphasie et la dysphagie résultèrent des contractions de la nuque et du pharynx. Ces périodes de mouvements convulsifs, étaient coupées par des intervalles de repos de durée variable. Pas de troubles de la sensibilité tactile; il n'en était pas de même de la sensibilité thermique; la seule vue du feu provoquait les convulsions; celles-ci étaient également provoquées par les impressions perçues par les divers sens de l'odorat, de l'ouïe, de la vue et par les impressions psychiques; pendant les accès il y avait arrêt momentané des facultés intellectuelles.

D'après Gampietro, il s'agit d'un cas typique de chorée électrique. G. LYON.

I. — De l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique, par GOURAUD (*Soc. méd. des hôp.*, 21 *août* 1889).

II. — *Idem*, par P. MARIE (*Revue de médecine*, *p.* 1, *janvier* 1890).

III. — Contribution à l'étude de l'ostéo-artropathie hypertrophiante, par P. SPILLMANN et HAUSHALTER (*Revue de médecine*, *p.* 361, *mai* 1890).

I et II. — Le travail de Marie est basé sur l'observation d'un malade de Gouraud, et sur un certain nombre de cas analogues rapportés antérieurement par Friedreich, Erb, Fraentzel, Ewald, Elliott, Sollier et Saundby, comme des exemples d'acromégalie.

Dans tous ces cas il s'agit de malades atteints depuis plusieurs années d'affections pulmonaires, bronchiques ou pleurales, et présentant une augmentation considérable du volume des mains et des pieds avec prédominance sur les phalangettes, élargissement et courbure exagérée des ongles (doigts hippocratiques). L'hypertrophie porte surtout sur les doigts, tandis que la région métacarpo-phalangienne a conservé à peu près ses dimensions normales.

Dans l'acromégalie, au contraire, les doigts ne présentent pas l'aspect hippocratique : ils sont simplement augmentés de volume, et cette augmentation porte aussi bien sur la paume de la main que sur les doigts.

Au niveau des pieds on constate des déformations analogues à celles des mains.

Les poignets et les articulations tibio-tarsiennes sont également hypertrophiés; il en est de même pour les genoux et les coudes, mais à un moindre degré. Du reste, l'hypertrophie se retrouve, mais d'une façon moins nette, sur un grand nombre d'os. Sur quelques-uns la diaphyse subit le processus hypertrophique sur tout ou partie de son étendue; mais c'est surtout au niveau des extrémités articulaires que celui-ci exerce son action. Les os courts eux-mêmes sont pris parfois (vertèbres), il en résulte une cyphose dorsale inférieure et lombaire, tandis que la cyphose des acromégaliques est surtout cervicale et dorsale supérieure. La diminution de la taille, qui en est la conséquence, peut atteindre 6 à 7 centimètres.

A l'inverse de ce qui a lieu dans l'acromégalie, le maxillaire inférieur est indemne.

Dans cette augmentation de volume des extrémités et des articulations le principal rôle semble revenir aux os ; les parties molles suivent, à la vérité, cet accroissement, mais elles paraissent céder plutôt à une sorte de distension ou tout au moins se prêter simplement à l'augmentation de volume des os. Dans l'acromégalie, au contraire, les parties molles sont hypertrophiées par elles-mêmes, parallèlement au système osseux et pour leur propre compte; il ne s'agit donc plus d'une hypertrophie osseuse primitive, mais d'une hypertrophie en masse de tous les tissus d'une région.

Parmi les troubles fonctionnels, Marie signale la gêne des mouvements actifs, la limitation des mouvements passifs, et chez quelques malades des douleurs articulaires assez intenses, que l'on ne manque pas d'attribuer au rhumatisme. On observe parfois, en outre, de l'œdème plus ou moins prononcé au niveau des jointures atteintes.

L'hypertrophie du nez, surtout au niveau de son extrémité, l'épaississement des paupières et des oreilles, la dilatation des orifices des glandes sébacées, une sudation exagérée, de la polyphagie et de la polydipsie peuvent s'observer également, mais beaucoup plus rarement.

Marie pense qu'il s'agit là de lésions pseudo-rhumatismales dont le cycle doit être établi ainsi : 1° lésion de l'appareil respiratoire permettant, vraisemblablement sous l'influence de microorganismes, la production, à ce niveau, de substances putrides ou fermentées; 2° résorption et passage dans la circulation générale de ces substances, produites au niveau de l'appareil respiratoire; 3° action élective de ces substances sur certaines parties des os et des articulations, déterminant les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophique. C. GIRAUDEAU.

III. — Sous ce titre Spillmann et Haushalter publient l'observation d'un malade qui offre la plus grande analogie avec celle du malade dont Gouraud et Marie ont rapporté l'histoire. En outre, on y trouve signalée, comme dans les cas publiés par Erb et Ewald, une augmentation de la matité rétro-sternale, une exagération de la soif comme dans l'observation de Fraentzel, du refroidissement des extrémités et une sensation de brûlure aux pieds, comme chez l'un des malades d'Erb.

Spillmann et Haushalter pensent avec Marie que ces cas doivent être séparés de l'acromégalie et de l'ostéite hypertrophiante de Paget; mais ils sont moins affirmatifs que Marie sur la nature *pneumique* de cette

affection. On lit cependant dans leur observation que l'on constatait chez leur malade un début de tuberculose pulmonaire. C. GIRAUDEAU.

Dystrophia muscularis progressiva (Myopathie progressive primitive), par W. ERB (*Samml. kl. Vorträge, nouv. série, n° 2*).

Présentée sous forme de leçon, cette monographie donne d'une façon complète et précise l'état de la question de la myopathie progressive primitive. W. Erb déclare, malgré quelques critiques, persister dans l'opinion jadis émise par lui : « Que dans la myopathie progressive primitive la réaction de dégénérescence fait presque toujours défaut, ainsi que les contractions fibrillaires. » Toute la leçon repose d'ailleurs sur cette notion que la myopathie progressive primitive est une maladie unique comportant non pas comme espèces distinctes, mais comme simples variétés ou localisations différentes, les formes désignées sous les noms de : paralysie pseudo-hypertrophique, forme infantile, forme juvénile, forme de Leyden de l'atrophie musculaire progressive. A propos de chacune de ces formes, l'auteur donne des exemples cliniques accompagnés de figures. Quant à la nature même de l'affection et au siège des lésions initiales, W. Erb pense qu'il s'agit d'une trophonévrose des centres trophiques médullaires, peut-être avec altérations anatomiques nettement appréciables dans certaines conditions de durée et d'intensité. Au point de vue de la marche de l'affection, nous relevons cette opinion : que plus les individus sont frappés jeunes par la maladie, plus elle s'étend rapidement, plus elle s'accompagne de lipomatose. Pas de guérison, mais parfois des arrêts ou des améliorations, surtout dans les cas où la maladie est survenue dans l'adolescence ou l'âge mûr. Le passage consacré à la thérapeutique est loin d'être encourageant. La brochure se termine par un index bibliographique contenant les principales publications sur ce sujet. PIERRE MARIE.

I. — **Di alcuni caratteri dei rumori pericardici, par S. Salvatore MARINO** (*Il Segno, rivista mensile di semeiologia, août* 1890).

II. — **L'endocardite secondo le odierne dottrine microparassitarie, par A. VITI** (*Atti della R. Accad. dei Fisiocritici di Siena, série IV, vol. II,* 1890).

III. — **Un caso d'aortite verrucosa acuta, par O. ARBACCI** (*Il Morgagni, juin* 1890).

IV. — **Ueber alternirende mitral Insufficienz, par GEIGEL** (*Deutsche med. Woch., n° 6, p.* 103; 1890).

V. — **La sclérose du myocarde, par A. VITI** (*Arch. ital. di clin. med., juin* 1890).

VI. — **Some considerations... (Surmenage du cœur droit dans les maladies aiguës du poumon), par Andrew SMITH** (*The Americ. j. of med. sc., p.* 377, *octobre* 1890).

VII. — **Notes on heart diseases in pregnancy and labour, par Owen MACKNESS** (*Edinb. med. j., p.* 123, *août* 1890).

VIII. — **Ueber Fettherz (Cœur gras), par STRUEMPELL** (*Münchener med. Woch., n° 28, 15 juillet* 1890).

IX. — Sur le signe de Fréd. Müller dans l'insuffisance aortique, par MATHIEU (*Thèse de Paris*, 1890).

X. — Étude anatomo-pathologique et clinique de la myocardite infectieuse diphtéritique, par HUGUENIN (*Thèse de Paris*, 1890).

I.— L'auteur montre que les caractères assignés aux bruits morbides de la péricardite sont loin d'être constants. Dans cinq cas qu'il a réunis, ces bruits avaient leur maximum à la pointe : ils peuvent s'y manifester primitivement, y rester circonscrits ou y conserver leur maximum lorsqu'ils se propagent à une plus grande étendue. Contrairement à l'opinion courante, ils peuvent s'étendre aux foyers d'auscultation du cœur et coïncider avec la systole ou avec la diastole. Ils ne se limitent pas à la zone de matité cardiaque et peuvent se propager à une certaine distance, par l'intermédiaire des os, dans une direction descendante ou latérale.

GEORGES THIBIERGE.

II. — Travail basé sur l'étude bactériologique de huit cas d'endocardite, dans lesquels Viti a trouvé les organismes suivants, isolés ou combinés : bacille fétide, staphylococcus aureus, un diplococcus septique différent du pneumocoque de Fränkel, bacille de la fièvre typhoïde, un staphylocoque gris rayonné, un microcoque gris et, en outre, des microbes non pathogènes.

Viti conclut que l'endocardite peut être reproduite expérimentalement par l'inoculation des microorganismes dans l'appareil respiratoire, chez des animaux présentant des lésions de l'endocarde, ou bien en mélangeant les cultures à des substances susceptibles de produire des embolies ; cependant ces artifices expérimentaux ne sont pas toujours nécessaires, et l'endocardite peut se produire sans y avoir recours ; elle peut aussi se produire à la suite d'inoculation des microorganismes dans la cavité péritonéale. L'intensité des lésions endocarditiques varie suivant les espèces microbiennes expérimentées, et lorsqu'on inocule plusieurs espèces à la fois, celle dont l'action prédomine est celle qui produit à elle seule les lésions les plus manifestes et les plus graves.

Dans l'endocardite de l'homme, il faut admettre la préexistence des organismes pathogènes dans le sang, où ils pénètrent par une porte d'entrée dont on ne peut pas toujours retrouver le siège ; ils se fixent sur les valvules et les pénètrent de la surface vers la profondeur. Le mécanisme de l'embolie, admis par Köster, ne peut être admis que dans des cas exceptionnels, car les valvules ne contiennent pas de vaisseaux sanguins à l'état normal. L'endocardite, étant de nature microbienne, ne peut jamais être primitive, mais toujours secondaire ; seulement, elle peut être la première manifestation d'une infection générale et devenir l'origine d'accidents secondaires. Le premier effet produit par la présence des microorganismes sur les valvules est une action chimique aboutissant à la nécrose du tissu ; ultérieurement, il se produit des ulcérations ou des végétations, mais les formes ulcéreuse et végétante doivent être considérées comme identiques, au point de vue étiologique, et comme également infectieuses. L'absence de microorganismes, dans quelques cas d'endocardite végétante, doit être attribuée à la mort rapide des organismes pathogènes ou à une erreur de diagnostic faisant prendre pour des lésions d'endocardite celles de la thrombose valvulaire maras-

tique de Ziegler. L'endocardite chronique fibreuse ou scléreuse, qui succède à l'endocardite aiguë, est une cause prédisposante au développement d'une nouvelle endocardite aiguë lors d'une infection ultérieure du sang par les microorganismes pathogènes. GEORGES THIBIERGE.

III. — A l'autopsie d'une femme de 67 ans, morte à la suite d'hémorragies produites par un cancer utérin, Barbacci a trouvé un peu au-dessus du sinus de Valsalva, à un centimètre du niveau du bord libre des valvules semilunaires, des végétations de la paroi interne de l'aorte, disposées suivant une ligne oblique; ces végétations, de coloration rosée, étaient implantées par une large base et présentaient une forme et des dimensions variables, les plus grosses globuleuses et presque sessiles, d'autres sous la forme de cônes allongés, d'autres encore peu saillantes et reposant sur une base d'implantation irrégulière ; la surface de ces végétations était irrégulière, granuleuse ; la paroi sur laquelle elles reposaient, paraissait saine. Au microscope, les végétations étaient formées d'un réticulum de fibrine englobant des cellules embryonnaires disséminées ou réunies en petits foyers ; à la base, au milieu de la fibrine, quelques cellules fusiformes appartenant aux couches les plus superficielles de l'endartère ; à la surface des végétations, pas de revêtement endothélial; pas de vaisseaux dans leur intérieur ; pas de microorganismes. GEORGES THIBIERGE.

IV. — Geigel a observé, chez une fille de 20 ans, atteinte d'érysipèle de la peau, une modification intéressante du pouls mise en évidence par le tracé sphygmographique : on voit qu'une pulsation brève est toujours suivie d'une pulsation longue plus faible, et il y a toujours deux pulsations accouplées de la sorte.

Ainsi, la seconde pulsation coïncide avec le souffle systolique de la pointe tandis que la première s'accompagne de bruit normaux. Il y a donc une insuffisance mitrale alternante (?).

Quand cette insuffisance existe, elle s'accompagne d'un renforcement de second bruit de l'artère pulmonaire. Ce renforcement est le résultat d'une stase passagère de la petite circulation.

Ces phénomènes ont disparu à la fin de la convalescence. L. GALLIARD.

V. — Les recherches entreprises par Viti sur seize cas de sclérose du myocarde l'amènent à confirmer les faits qui avaient déjà été exposés, en France, par Hippolyte Martin, Huchard et Weber.

La sclérose du myocarde est la manifestation cardiaque de l'artériosclérose. Elle est constituée histologiquement par diverses variétés, suivant que les foyers de sclérose ont pour point de départ une périartérite primitive, des lésions périartériolaires diffuses ou des phénomènes de dystrophie musculaire consécutifs à l'endartérite et à la périartérite.

Des foyers de sclérose peuvent en outre émaner des deux enveloppes du cœur (péricarde et endocarde).

Les altérations musculaires que l'on observe le plus ordinairement sont : l'atrophie simple, la dégénérescence vitreuse et une forme particulière de nécrose, de nature inconnue, qui est caractérisée par la formation de vacuoles au sein même des fibres cardiaques. La dégénérescence graisseuse est la moins fréquente de toutes. A. SIREDEY.

VI. — L'obstruction aiguë du poumon amène un épuisement rapide du cœur droit ; il en résulte que les indications du pouls ne sauraient renseigner sur le pronostic de l'affection ni sur son degré de gravité.

D'une importance bien plus considérable sont les renseignements

donnés par l'auscultation des sigmoïdes pulmonaires, qui rend compte de l'état de la petite circulation.

L'exagération des bruits démontre une exagération de travail du cœur droit, et par suite une plus grande résistance à vaincre dans la circulation pulmonaire. La diminution, au contraire, après exagération momentanée s'accompagnant d'un léger degré de dyspnée, démontre une diminution de la pression pulmonaire.

Lorsque cette diminution des bruits cardiaques coïncide avec un accroissement de la difficulté respiratoire, ce sera une indication de l'épuisement du cœur droit.

Les indications thérapeutiques seront : 1° de recommander un régime sévère pouvant déterminer une diminution du travail digestif et par suite de l'hématopoièse ; 2° de recommander les médicaments qui aident à la dilatation artérielle et favorisent le passage du sang des artères dans les veines ; 3° les inhalations d'oxygène ; 4° la respiration artificielle ; 5° les ligatures des membres pour y retenir le sang et l'empêcher d'affluer vers le cœur. F. VERCHÈRE.

VII. — Les causes du danger apporté par les affections cardiaques pendant la grossesse et l'accouchement résident surtout dans les congestions veineuses ou pulmonaire en général ; par suite, comme ces conditions sont réalisées au suprême degré dans les lésions mitrales, et surtout dans le rétrécissement, il en résulte que ces lésions sont le plus à redouter ; mais il faut savoir que les lésions aortiques à un degré avancé peuvent provoquer les mêmes troubles circulatoires et déterminer les mêmes dangers ; en d'autres termes, le danger des affections cardiaques dans les cas de grossesse et dans l'accouchement dépend plus de leur *gravité* que de leur *localisation*.

Pour démontrer cette proposition, Mackness considère : 1° les effets de la grossesse et de l'accouchement sur la circulation normale ; 2° les effets des diverses lésions cardiaques sur la circulation normale ; 3° comment ces effets se combinent et agissent réciproquement lorsqu'ils se trouvent réunis. F. VERCHÈRE.

VIII. — Sous le nom de cœur gras, on désigne une foule de processus. Comme il s'agit d'un diagnostic souvent porté sans raisons toujours valables, Strümpell croit bon de préciser.

La dégénérescence du cœur est très rare et ne s'observe guère que dans les anémies très graves. Elle se traduit souvent par peu de signes pendant la vie. La surcharge graisseuse du cœur, qui se voit chez les obèses, mais non pas exclusivement chez eux, ne cause souvent aucun trouble. On désigne encore quelquefois sous le nom de cœur gras l'infiltration graisseuse du myocarde, processus le plus souvent secondaire, analogue à celui qu'on observe dans les autres muscles.

Dans le cœur gras proprement dit, on ne trouve qu'exceptionnellement beaucoup de graisse sur ou dans les parois cardiaques, mais il existe toujours une forte hypertrophie. C'est cette dernière qui réalise la plupart des symptômes du cœur gras (augmentation de la matité, déplacement vers l'aisselle du choc de la pointe, etc.) ; elle serait due à la suractivité cardiaque consécutive à la gêne de la circulation, due elle-même aux dépôts abondants de graisse de la paroi thoracique, et au peu de mouvement que se donnent les obèses.

Le point principal à considérer est le rapport défectueux qui existe entre l'alimentation et la nutrition chez les obèses. L'alimentation trop abondante produit une constriction de petits vaisseaux, d'où augmentation de la tension et hypertrophie. La bière, en grande quantité, agit aussi dans ce sens, par sa teneur en hydrates de carbone et en alcool, et surtout par la surcharge aqueuse du sang, et l'augmentation de la masse du sang qu'elle détermine. En outre, l'alcool agit directement sur le myocarde et peut-être aussi sur les nerfs cardiaques.

Comme thérapeutique, Strümpell conseille le traitement diététique et l'interdiction de la bière. P. TISSIER.

IX. — Le signe décrit par Müller se présente rarement sous forme de triade ; pouls capillaire visible, battements carotidiens, pulsations du voile du palais et de la luette ; ces deux derniers symptômes se réunissent le plus souvent et constituent le pouls visible de l'isthme du gosier. Les conditions d'apparition de ce signe sont : 1° une impulsion cardiaque énergique ; 2° un volume considérable de l'ondée systolique ; 3° la perte de l'élasticité des artérioles périphériques. Ce signe ne se rencontre que chez des malades atteints d'insuffisance aortique simple ou compliquée, dans la proportion de 50 0/0. H. L.

X. — L'examen microscopique du cœur dans la diphtérie peut induire en erreur. Sur six cœurs de diphtériques, trois seulement avaient l'aspect feuille morte, les autres paraissaient sains ; le microscope seul faisait connaître l'existence de lésions consistant en fragilité extrême des fibres musculaires, qui sont devenues fusiformes, et présentent les lésions classiques de l'inflammation dégénérative ; prolifération du tissu conjonctif et endartérite proliférante.

La symptomatologie au début est fort obscure ; quelquefois il y a des palpitations, de l'éréthisme cardiaque, le pouls est peu tendu ; puis viennent la dépression plus accentuée du pouls, le redoublement du second bruit du cœur vers la base avec assourdissement des bruits de la pointe. Dans la seconde période, ce qui domine, c'est le collapsus ; les enfants se plaignent peu de la douleur angineuse qu'accusent les adultes, mais ils éprouvent une dyspnée intense — rapidement suivie d'une syncope mortelle. — Chez les enfants, la syncope peut être le premier et dernier accident, que rien ne permettait de prévoir. H. L.

Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux, par GRASSET (*Montpellier médical*, 1890).

Leçons intéressantes sur l'artério-sclérose et le vertige cardio-vasculaire. L'auteur donne comme caractères du vertige en général : la sensation de perte d'équilibre accompagnée d'un certain degré d'angoisse, et pouvant aller jusqu'à la chute, enfin l'absence de perte de connaissance. Le vertige des artério-scléreux, qui comprend le vertige des goutteux et le vertige arthritique, est assez fréquent. Il peut se présenter sous des formes variées : vertige simple, vertige avec crises épileptiqnes, vertige avec pouls lent permanent et crises épileptiformes ou syncopales : ce sont là trois degrés symptomatiques d'un même complexus clinique dans lequel Grasset donne le premier rang au vertige. Il attribue la production du vertige à la contraction passagère des arté-

rioles bulbaires. Le traitement est celui de l'artério-sclérose, et en première ligne l'iodure de sodium et la trinitrine. GEORGES THIBIERGE.

De la thrombose cachectique, par VAQUEZ (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans ce travail, Vaquez met en lumière ce fait, que les travaux bactériologiques récents confirment de la façon la plus nette les vues formulées jadis par Cruveilhier sur la phlébite, et renversent, au contraire, la doctrine de Virchow sur la thrombose et les coagulations autochtones. Il apporte sa contribution personnelle à l'histoire des thromboses, et montre que chez les typhiques, les tuberculeux, les cancéreux, peut-être même chez les chlorotiques, on trouve toujours, au point où le vaisseau est malade, des micro-organismes infectieux, ordinairement en petit nombre. Seulement, ce qui ressort de cette étude générale, c'est que ce ne sont pas les microbes pathogènes de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose que l'on retrouve en pareil cas, mais bien ceux des infections pyogéniques secondaires qui coexistent dans toutes les cachexies.

Il arrive ainsi à conclure que le rôle de la cachexie, dans les thromboses, est d'ouvrir la voie à ces infections secondaires. Toute surface ulcéreuse ou suppurante fournit la porte d'entrée de ces micro-organismes; ils pénètrent dans la circulation et s'arrêtent là où la vitesse du sang est ralentie. Vaquez croit surtout à leur pénétration par les vasa-vasorum, et à leur fixation directe dans les tuniques vasculaires. Dès que l'endothélium est lésé, la coagulation fibrineuse devient possible.

Il est vraisemblable également que les microbes infectieux précipitent spontanément la fibrine du sang et deviennent ainsi les agents actifs de la thrombose. Quant à leurs produits de sécrétion et au rôle qu'ils peuvent jouer, c'est une question à l'étude, et non encore résolue. H. R.

I. — Étiologie des pneumonies aiguës, par Guido BANTI (*Lo Sperimentale, avril-mai* 1890).

II. — Des déterminations pneumococciques pulmonaires sans pneumonie, par DUBLACQ et MÉNÉTRIER (*Arch. gén. de méd., juin et juillet* 1890).

III. — Sulla diffusione nell'organismo del pneumococco di Fränkel nella pneumonite crupale, par B. PERNICE et G. ALESSI (*La Riforma medica*, 14 *mai* 1890).

IV. — Sur les pneumonies à streptocoques, par Luigi LUCATELLO (*Archiv. italian. di clin. med., juin* 1890).

V. — Note sur un cas de bronchopneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe, par MOSNY (*Arch. de méd. expérimentale*, 1er *mars* 1890).

I. — Guido Banti demande aux études bactériologiques l'explication des diverses formes anatomiques et cliniques des pneumonies aiguës. Il a réuni 55 observations cliniques complétées par des recherches bactériologiques minutieuses et par des inoculations sur divers animaux. Les résultats obtenus ne donnent qu'une solution incomplète du problème.

Dans la pneumonie fibrineuse, lobaire, le diplococcus lancéolé se rencontre constamment, non seulement dans l'exsudat pleuro-pulmonaire, mais aussi dans le sang. Mais ce diplococcus ne présente pas des caractères biologiques immuables; il se transforme d'une manière très sensible,

suivant les cas, de telle sorte qu'il peut être doué de propriétés morbides différentes. L'auteur décrit quatre transformations du diplococcus, constituant autant de variétés dont les réactions diffèrent, et qui lui paraissent avoir des degrés assez prononcés dans leur virulence pour expliquer certains problèmes d'épidémiologie.

Les formes typhoïdes sont dues au même diplococcus lancéolé, mais leur gravité pourrait être imputée au nombre plus considérable de microbes contenus dans le sang.

On a pu constater fréquemment à Florence, dans ces dernières années, la coïncidence du diploccus avec d'autres organismes, le staphylococcus, par exemple, et le streptococcus pyogenes aureus, mais sans que cette association ait paru exercer une influence spéciale sur la marche bénigne ou grave des pneumonies.

Dans les pneumonies catarrhales, on a observé tantôt le diplococcus lancéolé, seul ou associé à diverses variétés de streptocoques ou de staphylocoques. Quelquefois ces derniers organismes existaient seuls, à l'exclusion du diplococcus. On a rencontré dans quelques cas le bacillus capsulatus de Friedlaender, que Banti n'a jamais trouvé dans aucune observation de pneumonie fibreuse ou catarrhale. Mais dans tous ces cas de pneumonie secondaire il est impossible de rattacher à une espèce microbienne particulière les nombreuses variétés cliniques et anatomiques de ces affections.

Toutefois, si l'on envisage les pneumonies au point de vue étiologique, on doit admettre dans un premier groupe : les pneumonies diplococciennes pures ; les pneumonies diplococciennes mixtes, suivant qu'il s'agira du seul diplococcus comme agent pathogène, ou du diplococcus associé à d'autres espèces microbiennes.

Dans un second groupe : les pneumonies à streptococcus, à staphylococcus, à bacillus capsulatus de Friedlaender, etc. A. SIREDEY.

II. — L'hépatisation fibrineuse n'est pas la seule manifestation morbide due au pneumocoque qu'on puisse observer dans le poumon. Il peut déterminer des broncho-pneumonies et même des bronchites capillaires d'exsudat muco-purulent sans produit fibrineux et sans hépatisation. Cette forme de bronchite capillaire se rencontre dans la phtisie pulmonaire chronique, à titre d'infection secondaire, surajoutée à l'infection tuberculeuse. Au point de vue clinique, plusieurs ordres de faits peuvent être observés. Tantôt les signes de l'infection pneumococcique secondaire sont tellement marqués qu'ils occupent le premier plan. Le malade est un pneumonique, ce n'est plus un tuberculeux. Dans une autre série de faits, la tuberculose est aisément reconnue ; mais l'aggravation rapide de l'état général fait soupçonner une infection nouvelle surajoutée. Dans une dernière série de faits, les phénomènes réactionnels sont insignifiants. Le malade meurt sans que rien puisse rendre compte de la terminaison fatale.

Ces bronchites capillaires à pneumocoques survenant chez des tuberculeux sont d'une grande gravité. Elles amènent le plus souvent la mort à brève échéance. A l'autopsie, on trouve des lésions de tuberculose chronique à la 3e période, de la bronchite des petites bronches qui sont remplies de muco-pus renfermant des pneumocoques de Fraenkel. Cette bronchite capillaire ne s'accompagne ni de splénisation ni d'hépatisation.

RICHARDIÈRE.

III. — Chez deux hommes et chez un chien qui avaient succombé à une pneumonie fibrineuse, les auteurs ont recherché la présence du pneumocoque dans différents tissus et dans différents liquides : ganglions péribronchiques, foie, rate, moelle osseuse, sang du cœur et des veines, liquide d'œdème sous-cutané de la jambe, sérosité péritonéale, bile, mucosités des sinus frontaux, liquide synovial du genou ; constamment ils ont constaté la présence de ce micro-organisme tant par l'examen direct sur des préparations histologiques, que par les cultures et au moyen des inoculations expérimentales au lapin. Le pneumocoque se rencontre dans des tissus et des organes qui ne sont le siège d'aucun processus inflammatoire. C'est là une nouvelle preuve que la pneumonie est une infection générale à localisation ordinaire sur le poumon. GEORGES THIBIERGE.

IV. — Depuis les nombreux travaux entrepris dans ces dix dernières années sur les micro-organismes de la pneumonie, par Friedlaender, Talamon, Fränkel, Weichselbaum, etc., etc., on s'accorde à reconnaître que la pneumonie croupale aiguë a pour agent essentiel le *diplococcus pneumonicus* de Fränkel.

L'année dernière cependant, Finkler, de Bonn, observa une épidémie de pneumonie dans laquelle l'examen bactériologique fit découvrir, non pas le *pneumocoque* de Fränkel, mais un *streptocoque* analogue à celui de l'érysipèle, et le même phénomène fut encore constaté par Finkler à l'occasion de l'épidémie d'influenza de cette année.

Dans ce cas, d'ailleurs, les lésions anatomiques et l'évolution de la maladie différaient notablement de celles des formes ordinaires de la pneumonie fibrineuse. On peut donc rencontrer des pneumonies atypiques, nettement établies par le triple critérium de l'observation clinique, histologique et bactériologique.

Lucatello a poursuivi des recherches sur les pneumonies d'origine bactérique autre que le pneumocoque. Il a eu recours non seulement à des examens bactériologiques minutieux, mais aussi à des cultures et à des inoculations sur des animaux. Ces recherches portaient sur l'exsudat pulmonaire recueilli dans le poumon à l'aide d'une aiguille stérilisée, et sur le sang. Dans 18 cas, il rencontra trois fois le streptococcus associé au diplococcus pneumoniæ, et quinze fois le streptococcus seul, isolé.

Au point de vue anatomique, les poumons dans lesquels on trouvait à la fois le pneumococcus et le streptococcus offraient toutes les lésions de la pneumonie lobaire au moment où, au lieu d'entrer en résolution, elle passe à la suppuration.

Dans les cas où le streptococcus existait seul, les poumons présentaient histologiquement les lésions de la bronchopneumonie à noyaux confluents ou pseudo-lobaire.

Cliniquement, les pneumonies du premier groupe (pneumococcus associé au streptococcus) ne présentèrent pas d'autre particularité que les phénomènes qui signalent le passage de l'hépatisation à la suppuration.

Les autres pneumonies furent beaucoup plus irrégulières dans leur marche. Elles présentaient de grandes oscillations de la courbe thermique, une douleur à la pression plutôt qu'un véritable point de côté, des râles crépitants dans une région circonscrite, sans souffle tubaire, une dyspnée intense, s'accompagnant quelquefois de cyanose, et fréquemment de l'albuminurie.

En résumé, bien que l'infection pneumonique ait été depuis quelque temps centralisée dans un organisme pathogène unique, le pneumococcus de Fraenkel, il existe des pneumonies atypiques qui diffèrent des formes classiques par leurs caractères cliniques, anatomo-pathologiques et par étiologie.

D'après les recherches de l'auteur, ces pneumonies paraissent être caractérisées par la seule présence du streptococcus. A. SIREDEY.

V. — Une domestique, en soignant son maître, atteint d'érysipèle de la face, contracta une broncho-pneumonie à laquelle elle succomba. L'étude bactériologique a montré que cette broncho-pneumonie était due à la seule présence dans le poumon du streptocoque. L'auteur se croit ainsi autorisé à conclure à la nature érysipélateuse de l'affection, véritable érysipèle primitif du poumon. A. GILBERT.

Étude sur la pleurésie à streptocoques, par VIGNALOU (*Thèse de Paris*, 1890).

Malgré son épithète de pyogène, le streptocoque peut, par son développement dans l'organisme, donner lieu à des maladies non suppurées. Il semble que dans certains cas il puisse provoquer des épanchements pleurétiques simplement séreux.

La pleurésie purulente à streptocoques est la plus fréquente de toutes les pleurésies purulentes (environ 53 0/0 chez l'adulte, un peu moins chez l'enfant). Elle est quelquefois primitive. Elle se développe tantôt à la suite d'une lésion pulmonaire ou d'une lésion locale plus ou moins voisine, tantôt dans le cours d'une affection générale reconnaissant le microorganisme comme cause (érysipèle, fièvre puerpérale, grippe, etc.).

Elle paraît se caractériser le plus ordinairement par de la fièvre à grandes oscillations thermiques (40, 41° au début), par la fréquence de l'œdème de la paroi thoracique, par la faible consistance du pus et par une marche aiguë ou subaiguë. Exceptionnellement, la marche peut être chronique.

Le diagnostic ne peut être assuré que par l'examen bactériologique. Le pronostic est en général grave, et la pleurotomie est nécessaire dans la grande majorité des cas. LEFLAIVE.

Sur une complication rare de la pleurésie purulente, la fistule œsophago-pleurienne, par LETULLE (*Semaine méd.*, 15 *octobre* 1890).

Jeune homme de 21 ans ayant eu l'année dernière des hémoptysies, puis de la bronchite. Au mois de juin douleur, point de côté, dyspnée intense; la pleurotomie permet de retirer trois litres et demi de pus verdâtre. Lavages boriqués, drain en U. Absences de bacilles tuberculeux dans le pus. Injection de naphtol camphré. Vers le 20 août la cavité se comble et le drain est réduit à dix centimètres. C'est à ce moment qu'on remarque dans le liquide retiré de la plèvre du vin, puis, quelques jours plus tard, des fragments de pain, du lait, tous les aliments absorbés par le malade. La fistule œsophagienne s'est produite sans trouble, sans malaise. Au 25 septembre, la plaie thoracique se guérit et est presque réduite à trois centimètres. A signaler dans le cours de septembre une série de crises épileptiformes suivies d'un coma qui dura 36 heures.

Letulle insiste sur les difficultés d'interprétation de l'étiologie de cette ulcération œsophagienne. Il suppose qu'il y a eu, du fait de la pleurésie purulente, un ramollissement tuberculeux des ganglions adhérents à

l'œsophage et une perforation de la plèvre et ultérieurement du conduit œsophagien. A. CARTAZ.

I. — **Zur Percussion des Magens** (**De la percussion de l'estomac**), par **KERNIG** (*St-Petersburg. medic. Woch.*, *n°* 48, 1889).

II. — **On gastric ulcers and its treatment by enemata**, par **DONKIN** (*Lancet p.* 657, 27 *septembre* 1890).

III. — **Entwicklung von Krebs des Magens auf der Basis eines runden Magengeschwürs** (**Cancer développé sur la base d'un ulcère rond de l'estomac**), par **BIACH** (*Wien. med. Presse*, *n°* 13, *p.* 489, 1890).

IV. — **The pathology of gastric dyspepsia**, par **J. HAMILTON** (*Brit. med. J. p.* 321, 2 *août* 1890).

V. — **Quelques expériences propres à éclairer la thérapeutique de la dyspepsie gastrique**, par **GEORGES** (*Revue médic. de l'Est*, *n°* 17, *p.* 535, 1890).

VI. — **Ausnutzung der Nahrung...** (**Utilisation de la nourriture dans les maladies de l'estomac**), par **NOORDEN** (*Zeitsch. f. klin. Medic. XVII*, *p.* 514).

VII. — **Recherches sur un nouveau procédé permettant d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique sans recourir à la sonde** (**procédé de Günzburg**), par **MARFAN** (*Arch. gén. de méd.*, *mai* 1890).

VIII. — **Étude comparative des réactifs employés pour établir la présence de l'acide chorhydrique libre dans le suc gastrique**, par **L. SANSONI** (*Arch. ital. de Biolog.*, *p.* 326, *décembre* 1889).

IX. — **Contribution à l'étude des névroses mixtes de l'estomac**, par **RÉMOND** (*Arch. gén. de méd.*, *juin* 1890).

I. — La matité stomacale revêt trois types suivant le degré de dilatation de l'estomac.

a) Lorsque la dilatation est nulle pendant les deux premières heures qui suivent le repas, dans le décubitus dorsal, la matité occupe l'épigastre, et s'étend à gauche et en bas ; elle ne disparaît pas par le décubitus latéral droit et n'est pas modifiée par la station verticale. Pendant les trois heures suivantes, dans le décubitus dorsal, on constate une matité notablement moins étendue, qui disparaît par le décubitus latéral droit, et qui par la station verticale est réduite à une petite zone voisine du rebord costal gauche où elle se continue avec la matité hépatique. Plus tard, on ne retrouve plus aucune matité.

b) Lorsque la dilatation stomacale est modérée, pendant les deux premières heures après le repas, on constate dans le décubitus dorsal une matité étendue qui, suivant le degré de l'affection, persiste ou disparaît par le décubitus latéral, et qui par la station verticale s'abaisse jusqu'à un ou deux travers de doigt de l'ombilic. Pendant les trois heures suivantes, la matité persiste dans le décubitus dorsal (ceci est caractéristique), disparaît dans le décubitus latéral, et descend jusque vers l'ombilic par la station debout. Ces symptômes s'atténuent plus tard.

c) Lorsque la dilatation stomacale est prononcée, on trouve toujours la matité indiquée dans le cas précédent pour les deux premières heures qui suivent le repas. LEFLAIVE.

II. — Donkin, dans les ulcères rebelles de l'estomac, soumet les malades à une diète absolue maintenue pendant quinze jours à trois semaines, diète pendant laquelle l'alimentation est faite uniquement par la voie rectale au moyen de lavements nutritifs. Ce repos absolu de l'organe lui a donné dans neuf observations de bons résultats. La disparition des douleurs, la cessation des hématémèses s'obtiennent avec une grande rapidité. L'amaigrissement, quelle que soit la composition des lavements (lait, bouillon, œufs, peptones, etc.), est souvent considérable. Mais le poids perdu est ensuite très vite regagné. Pendant les quinze premiers jours qui suivent la période de diète, la malade doit avoir la précaution de faire exclusivement usage d'aliments liquides.

A.-F. PLICQUE.

III. — Facteur âgé de 48 ans, souffrant depuis longtemps de désordres gastriques. Il est cachectique, amaigri; il a de l'œdème du visage et des pieds. Pas de ganglions sus-claviculaires. Cœur et poumons sains. Pas d'albuminurie.

Foie petit. La palpation de l'estomac ne fournit aucun résultat. On diagnostique cependant un cancer de l'estomac.

Au bout de quelques jours, agitation, douleurs vives, vomissements, collapsus, mort.

Autopsie. Carcinome médullaire ulcéré, développé sur un ulcère rond de la région pylorique. Rétrécissement du pylore, qui admet le doigt seulement. Perforation de l'estomac au voisinage du pylore, à la région antérieure, mesurant 1 centimètre carré. Péritonite diffuse récente. Carcinome secondaire des ganglions de la région gastrique. L. GALLIARD.

IV. — Voici les conclusions d'Hamilton :

L'acide qui produit la dyspepsie est ordinairement l'acide lactique, plus rarement l'acide chlorhydrique. D'autres acides gras volatils peuvent ajouter leur influence.

L'excès d'acide lactique peut provenir soit de la durée anormale du stade de la digestion du lait, soit de la proportion trop grande de sucre dans l'alimentation, soit enfin de l'action de la salive sur les féculents.

La cause de la lenteur de la digestion lactique est d'ordinaire le défaut de quantité d'acide chlorhydrique. La fermentation du sucre de raisin en acide lactique est activée par le défaut d'action du suc gastrique.

Dans le cas où la gastroxie tient à l'hyperchlorhydrie, il y a neutralisation de l'action de la salive sur les féculents, et ralentissement, voire même suppression de la digestion de ces aliments ; de là, encombrement de l'estomac et flatulence. H. R.

V. — D'une assez longue série d'expériences, l'auteur a pu tirer les conclusions suivantes :

Pour obtenir une bonne digestion artificelle, l'acide chlorhydrique doit être employé en solution suffisamment, mais non trop diluée (4 0/0 semble la meilleure proportion) et être uni à une quantité minime de pepsine. L'activité du pouvoir digestif du suc artificiel n'est pas exactement proportionnelle à la quantité du suc employé. La combinaison de 40 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 4 0/00, et de 8 à 10 centigrammes de pepsine, constitue un suc artificiel présentant le maximum de pouvoir digestif.

Les médicaments dits eupeptiques sont sans valeur et sans efficacité.

LEFLAIVE.

VI. — L'utilisation des matières albuminoïdes dans l'intestin reste, d'après les expériences de Noorden, satisfaisante alors même qu'elles n'ont point été soumises à l'action de l'acide chlorhydrique et de la pepsine. On ne saurait donc dans les maladies de l'estomac expliquer le dépérissement des malades par un défaut d'absorption des albuminoïdes entraîné par des troubles dans l'action du suc gastrique. On ne peut non plus admettre que ces troubles du suc gastrique entraînent la production des substances toxiques qui paralysent le pouvoir d'absorption des cellules. En réalité, le dépérissement est dû à la diminution et non pas au défaut d'utilisation des aliments. Il suffit d'augmenter la quantité d'albuminoïdes pour voir le poids et les forces reprendre un essor énergique. Dans la plupart des affections gastriques, à l'exception du cancer et en particulier dans le catarrhe chronique de l'estomac, le dépérissement est donc dû à une véritable inanition.

Noorden tire de ces résultats expérimentaux la conclusion thérapeutique suivante : si, dans les affections aiguës de l'estomac, il peut y avoir avantage à restreindre la quantité de nourriture, une diète sévère imposée dans les affections chroniques amène un affaiblissement général dangereux par lui-même et dont l'influence sur la lésion locale ne laisse pas d'être mauvaise. On devra donc au contraire s'attacher à faire prendre au malade autant de nourriture qu'il pourra en supporter. Cette nourriture devra être donnée sous la forme la moins irritante et la plus simple possible. On devra s'attacher à donner en même temps que les albuminoïdes une quantité suffisante d'hydrocarbures et de graisse.

A.-F. PLICQUE.

VII. — Les recherches de Marfan sur le pouvoir digestif du suc gastrique examiné à l'aide du procédé de Günzburg lui ont montré que chez l'homme sain, la réaction de l'iode apparaît dans la salive une heure et quart après l'ingestion de la capsule renfermant l'iodure de potassium. Chez les malades hyperchlorhydriques, la réaction se produit trois quarts d'heure après l'ingestion. Chez les malades hypochlorhydriques ou anachlorhydriques, la réaction s'est fait attendre de une heure trois quarts à cinq heures.

Marfan a observé l'hyperchlorhydrie dans quatre cas d'hyperchlorhydrie primitive simple, dans un cas d'ulcère simple de l'estomac.

L'hypochlorhydrie était très marquée dans deux cas de gastrite alcoolique, dans un cas de cancer de l'estomac, dans un cas de cirrhose atrophique du foie avec gastrite alcoolique, un cas de kyste hydatique du foie. Dans un cas de gastrite urémique, la sécrétion gastrique a fait complètement défaut.

RICHARDIÈRE.

VIII. — Parmi les réactifs les plus sensibles se trouvent le réactif de Günzburg (il révèle l'acide chlorhydrique en solution de 0,0144 0/00) le rouge de Congo, la tropéoline, le réactif de Boas, les papiers rhodanés et le méthyle violet. Ces divers réactifs peuvent se diviser en deux catégories, selon que l'on considère que la réaction est limitée à peu ou à beaucoup d'acides ; l'une comprend le réactif de Günzburg, les papiers rhodanés et le réactif de Boas, qui réagissent aux seuls acides inorganiques et à l'acide oxalique, l'autre comprend la tropéoline, le méthyle

violet et le rouge de Congo qui réagissent aussi aux acides organiques, surtout le rouge de Congo, qui se montre presque également sensible à tous les acides employés, excepté à l'acide butyrique.

Toutes les substances albumineuses employées marquent, à un degré plus ou moins grand, les diverses réactions chlorhydriques du contenu stomacal. Les réactions que l'on obtient avec le réactif de Günzburg et avec les papiers rhodanés sont les moins troubles, puis viennent celles que l'on obtient avec le méthyle violet, et finalement avec le rouge de Congo et avec la tropéoline, ce qui confirme le fait déjà établi que le réactif de Günzburg et les papiers rhodanés doivent être considérés comme les meilleurs réactifs de l'acide chlorhydrique du suc gastrique.

C. GIRAUDEAU.

IX. — Après avoir rapporté quelques cas nouveaux de gastroxie, et rappelé les travaux de Rossbach, Rémond montre que cette maladie est caractérisée d'une manière essentielle par l'augmentation de la sécrétion stomacale, soit d'une façon continue, soit d'une façon intermittente. Pour lui, d'ailleurs, le fait le plus important qui domine l'histoire de tous ces cas de gastrrorhée, d'hyperchlorhydrie, de crises gastriques, est le rôle pathogénique du système nerveux. RICHARDIÈRE.

Traité des maladies du foie, par HARLEY, trad. de RODET (*In-8°, Paris*, 1890).

Cet ouvrage est divisé en quatre parties :

La première est consacrée à l'étude clinique, physique et physiologique du foie, ainsi qu'à la symptomatologie et à la thérapeutique générale des maladies du foie.

La seconde partie traite de l'ictère; la troisième des affections hépatiques qui ne s'accompagnent pas d'ictère; la quatrième, des maladies des voies biliaires.

Chemin faisant, le lecteur rencontrera dans cet ouvrage des remarques curieuses sur les excrétions et les odeurs pathologiques dans les maladies du foie. Il y rencontrera aussi une foule d'aperçus originaux — « un peu trop, peut-être », dit judicieusement Tapret, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre — sur le rôle que jouent les microbes dans le développement de la fièvre, des troubles cérébraux, du cancer hépatique (?), etc.

Le livre de Harley est augmenté d'un important mémoire de Rodet, le traducteur de l'ouvrage, sur l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires. A. GILBERT.

I. — **Beobachtungen über Leberabcesse beim Typhus abdominalis, par Ernst ROMBERG** (*Berl. kl. Woch., p.* 192, 3 *mars* 1890).

II. — **Frottement périhépatique et abcès du foie; origine et nature microbienne de l'hépatite suppurée, par BERTRAND, rapport par ROCHARD** (*Bull. Acad. de méd.*, 1er *juillet* 1890).

III. — **Subphrenisches Abcess... (Abcès sous-phrénique d'origine biliaire, etc.), par ZEHNDER** (*München. med. Woch.*, n° 18, 6 *mai* 1890).

IV. — **Deux observations d'abcès du foie : examen histologique et bactériologique du pus, par LAVERAN** (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 25 *juillet* 1890).

V. — Abcès du foie d'origine exotique, traité et guéri par la ponction suivie de lavage au sublimé, par NETTER (*Ibidem*, 11 *juillet* 1890).

VI. — Kyste hydatique suppuré du foie guéri par les injections de naphtol, par JUHEL RÉNOY (*Ibidem*, 13 *juin* 1890).

I. — Homme de 34 ans atteint de fièvre typhoïde; dans le cours du deuxième septénaire, hémorragies intestinales. Peu de jours après, la courbe thermométrique devient atypique et l'état général grave. Vers le vingt-quatrième jour de la maladie, apparition d'un premier frisson et d'un ictère de plus en plus intense. Augmentation de volume et sensibilité du foie. Météorisme extrême. Répétition des frissons et mort le huitième jour après le premier frisson. Autopsie. Nombreuses ulcérations en voie de cicatrisation dans la région iléo-cæcale de l'intestin. Suppuration diffuse du mésentère correspondant. A ce niveau les racines de la veine iléo-colique sont pleines de thrombus pariétaux. Foie très hypertrophié; sa surface est ponctuée, surtout sur le lobe gauche, de taches jaunes dont les plus grosses sont lenticulaires et qui pénètrent dans la profondeur de l'organe; en les incisant, on voit qu'il s'agit de petits abcès. Thrombose de la veine porte et de ses ramifications. La plupart des thrombus sont en voie de fonte purulente et ont une odeur putride. Pas d'autre lésion viscérale qu'une pneumonie hypostatique du lobe droit inférieur.

Jusqu'ici il n'a été publié que 19 cas d'abcès du foie dans le cours de la fièvre typhoïde, en y comprenant le précédent.

Au point de vue pathogénétique, on peut les répartir en trois catégories :

1° Abcès du foie consécutifs à des ulcérations typhoïdiques des voies biliaires : 1 seul exemple dû à Klebs (*Handb. d. path. Anat.*);

2° Abcès du foie consécutifs à une pyléphlébite suppurée. 5 cas dus à Tüngel, à Asch (*R. S. M.*, XXIII, 159), à Bückling (Thèse, *Berlin*, 1868 ; 2 cas), et enfin à Romberg;

3° Abcès du foie consécutifs à une pyohémie d'une autre région du corps : cas dus à Louis (abcès de la région parotidienne), à Chvostek (périchondrite laryngée), à Freundlich (abcès du doigt et du coude), etc.

J. B.

II. — Les grands abcès hépatiques qui siègent au centre de la glande, déterminent, quand ils arrivent à la périphérie, une péritonite adhésive, qui fixe la capsule de Glisson au diaphragme et à la paroi costo-abdominale. Cette périhépatite a pour signe physique un bruit de frottement, déjà signalé, que Bertrand compare au bruit de cuir neuf de la péricardite. Ce bruit de frottement périhépatique ne manque presque jamais. Précédant de quelques jours l'œdème partiel, il dénonce la présence d'une collection purulente d'un grand volume et il indique le point où il faut pratiquer la ponction exploratrice. Le maximum de ce bruit correspond au point où la paroi est le plus amincie et où le pus est le plus voisin de l'extérieur.

Par des expériences entreprises dans le but d'élucider l'origine et la nature microbienne de l'hépatite suppurée, l'auteur est arrivé à démontrer exacte cette hypothèse que les micro-organismes (staphylococcus pyogenes aureus et albus) qui existent au niveau d'ulcérations intestinales dysentériques, pénètrent dans les radicules de la veine-porte, remontent dans le foie par les branches de celles-ci et s'y multiplient. A l'aide d'injections dans le foie de bouillon de culture pyogène, il a

provoqué la suppuration hépatique chez les lapins. De ces faits il résulte que les microbes trouvés dans les grands abcès du foie n'ont rien de spécifique. OZENNE.

III. — Homme de 45 ans, ayant présenté, quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, des signes de péritonite aiguë, localisée vers la région de la vésicule.

Le 23 mars 1889, vomique. Un litre de pus fétide jaune-ocre. Malgré un traitement chirurgical actif, mort le 26.

A l'autopsie, on vit que l'abcès tirait son origine de la vésicule biliaire. Zehnder reconstitue ainsi la pathogénie des accidents : lithiase biliaire, ulcération de la vésicule, perforation, abcès sous-phrénique. On sait que, généralement, l'abcès communique avec le canal intestinal. Le côlon était adhérent, très anémié, mais non ulcéré. P. TISSIER.

IV. — Laveran a constaté chez deux malades, anciens dysentériques, que les abcès du foie ne contenaient ni amibes ni microbes quelconques. Il admet que les microbes généralement meurent rapidement dans le foie, peut-être par suite d'un mélange du pus avec la bile, ou que les parasites ne se cultivent pas sur les milieux de culture ordinaire. H. L.

V. — Il s'agit, dans le cas de Netter, d'un homme de 29 ans, antérieurement atteint de fièvres intermittentes, qui fut pris en janvier 1890 de douleurs à l'hypochondre droit, avec voussure de la région hépatique. Le 5 février, une ponction exploratrice ramène un liquide purulent roussâtre. Après une amélioration passagère, le malade revient. Une ponction évacuatrice permet de retirer 800 grammes d'un liquide roussâtre, purulent. On injecte 800 grammes d'une solution de sublimé au 1/1000e, puis autant d'une solution à 1/2000e ; on laisse 30 grammes de cette solution dans la cavité.

Trois semaines après, le malade était guéri, et il ne restait aucune tuméfaction du foie.

L'examen microscopique fait reconnaître des éléments incolores, immobiles, allongés, qui sont des cristaux. Il n'existait aucune bactérie démontrable par les procédés de culture connus. Ces cristaux sont, d'après Netter, caractéristiques d'abcès des pays chauds sans dysentérie antérieure. H. L.

VI. — Une femme présentait un gros kyste hydatique du foie ; après avoir retiré 1,500 grammes de liquide un peu trouble, on injecte 100 grammes de liqueur de Van Swieten. Peu après, fièvre et phénomènes graves d'intoxication mercurielle.

Six semaines après, ponction qui amène 1,800 grammes de pus épais; injection d'eau naphtolée. Le pus se refait à nouveau, épais, fétide, avec fausses membranes nécessitant 8 autres ponctions entre le 29 juillet et le 4 septembre. En tout, on injecta près de 100 grammes de naphtol; la guérison fut complète.

A propos de cette observation, Merklen cite un cas analogue d'intoxication mercurielle, après injection dans un kyste hydatique, et d'amélioration après injection naphtolée. H. LEROUX.

I. — De la cirrhose alcoolique hypertrophique, par HANOT et GILBERT (*Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 30 *mai* 1890).

II. — Étude sur un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse, par LUZET (*Archiv. de méd. expérim.*, 1er *mars* 1890).

III. — Remarks on biliary cirrhosis, par Michell CLARKE (*Brit. med. J.*, *p.* 1000, 3 *mai* 1890).

IV. — Sur la curabilité des accidents péritonéo-hépatiques d'origine alcoolique (cirrhose curable), par Eug. WILLEMIN (*Thèse de Paris*, 14 *mai* 1890).

V. — Della curabilità della epatite interstiziale, par SEMMOLA (*Progresso medico*, 1889).

VI. — Hépatite interstitielle par péritonite chronique, par G. BASSI (*Archiv. italian. di clin. med.*, *XXVIII*, 4).

VII. — Ueber den primären Krebs der Leber, par David HANSEMANN (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 353, 21 *août* 1890).

VIII. — Diagnose durchbrechender der Leberechinococcen (Diagnostic de la rupture des kystes hydatiques du foie), par EICHHORST (*Zeitsch. f. klin. Med. XVII, supplem. Heft, p.* 27).

IX. — Sulle ciste d'echinococco in genere e del fegato in particolare, par V. Piazza MARTINI (1 *vol. in*-8° *de* 247 *p. Palerme et Catane*, 1890).

I. — Hanot et Gilbert rapportent 7 cas de cirrhose alcoolique, dans lesquels le foie était manifestement plus gros qu'à l'état normal. Les symptômes initiaux de cette modalité de la cirrhose ne diffèrent point de ceux de la cirrhose atrophique — de même en est-il à la période d'état : elle peut rester latente, demeurer fruste, ou revêtir une forme achevée. Dans deux cas seulement, ils ont vu la dilatation des veines sous-cutanées abdominales prendre un développement considérable. L'examen de l'abdomen seul permet de dire s'il y a atrophie ou hypertrophie du foie. Dans les cas de cirrhose alcoolique atrophique, la guérison est exceptionnelle. Dans la cirrhose hypertrophique, le nombre des guérisons est relativement considérable. La condition de la curabilité est la suppression absolue de l'élément pathogène, de l'alcool, et l'emploi du régime lacté, combiné avec divers agents thérapeutiques.

Le foie atteint un poids variant de 2 à 3 kilogrammes; il est gris jaunâtre; sa surface est hérissée de saillies miliaires ou lenticulaires; sa consistance est dure, et à la coupe on voit des granulations jaunâtres entourées d'anneaux fibreux rosés. Au microscope, on constate l'existence d'une sclérose annulaire et péri-veineuse. L'augmentation de volume du foie relève : 1° de la production d'un tissu fibreux adventice creusé de nombreuses dilatations capillaires; 2° de l'hypertrophie des travées hépatiques. H. L.

II. — Il s'agit d'un cas de cirrhose graisseuse, d'origine alcoolique, à marche lente, remarquable par l'aspect offert à l'autopsie par le foie, qui était couvert de végétations jaunes en choux-fleurs, débordant la surface rouge du viscère et donnant, à un examen superficiel, l'idée d'un foie cancéreux.

A. GILBERT.

III. — Femme de 37 ans : 8 accouchements, pas de lithiase biliaire ni de syphilis. Début d'un ictère chronique quinze mois auparavant avec douleurs abdominales, dyspepsie, vomissements et constipation sans hémorragies : puis dépression cérébrale et affaiblissement progressif. Finalement, hémorragies intestinales, pétéchies, urines rares et coma. Cristaux de leucine et de tyrosine dans l'urine.

Autopsie. Tous les organes sont sains, sauf le foie et le rein. Les voies biliaires sont perméables. Le foie est petit et flasque, de couleur vert jaunâtre, les lobules infiltrés de bile; chaque lobule est entouré d'une zone de tissu conjonctif visible à l'œil nu. Les reins sont stéatosés et ponctués de taches hémorragiques. Au microscope, cirrhose insulaire périlobulaire avec infiltration embryonnaire dans l'intérieur des lobules et dilatation hypertrophique des canalicules biliaires. Les cellules hépatiques sont détruites. Les reins présentent de la tuméfaction trouble de l'épithélium. H. R.

IV. — La thèse de Willemin est consacrée à l'étude de la curabilité de la cirrhose alcoolique. L'auteur expose les diverses opinions émises à ce sujet, et les hypothèses proposées pour expliquer la disparition de l'ascite chez les alcooliques, disparition qu'un certain nombre d'observateurs considèrent à tort comme incompatible avec l'existence de la cirrhose, puis il résume les 88 observations publiées de guérison d'ascite et de cirrhose chez les alcooliques. Il divise ces faits souvent très incomplets en 5 groupes : 1° cas de disparition de l'ascite et des accidents hépatiques chez des malades qui ont été perdus de vue (33 observations); 2° cas de disparition de l'ascite et des accidents hépatiques chez des sujets qui ont été suivis un temps variable sans récidive (130 observations); 3° cas dans lesquels la récidive a été observée après un temps plus ou moins long (150 observations); 4° cas de disparition de l'ascite et des accidents hépatiques chez des individus morts au bout d'un certain temps sans autopsie (5 observations); 5° cas de disparition de l'ascite et des accidents hépatiques chez des malades morts au bout d'un certain temps avec autopsie (5 observations). Il résulte de ces faits que la cirrhose alcoolique est curable, ou du moins que les symptômes qui en révèlent l'existence peuvent disparaître et que ce sont les cirrhoses à gros foie qui guérissent le mieux. Le traitement de la cirrhose doit consister dans l'emploi du lait, de l'iodure de potassium, des diurétiques et des purgatifs, etc., et si l'ascite est abondante dans la paracentèse abdominale. GEORGES THIBIERGE.

V. — Semmola, qui a fait connaître dès 1879 les premiers cas de guérison de l'hépatite interstitielle par le régime lacté absolu, étudie dans ses leçons cliniques sept nouvelles observations qui confirment les premières et répondent aux faits publiés en France. Il s'agit d'hépatite alcoolique, avec ascite, tuméfaction de la rate, etc. Malgré l'état avancé des lésions, les malades sont rapidement améliorés, et quittent l'hôpital guéris.

L'auteur insiste à ce propos sur l'emploi rigoureux du régime lacté. Il s'agit, en effet, d'alimenter le malade, de relever ses forces sans introduire dans l'estomac, dans l'appareil veineux du foie, la moindre substance irritante. Le lait remplit ce rôle à merveille, il augmente l'excrétion de l'urée, et facilite les échanges de l'organisme. L'auteur prescrit d'abord 100 grammes de lait de chèvre toutes les trois heures. Quand celui-ci n'est pas toléré, il a recours au lait d'ânesse ou de vache.

On neutralise son acidité en donnant après chaque tasse de lait 0,20 à 0,30 centigrammes de carbonate de chaux.

La dose de trois litres par jour est en général suffisante et ne demande pas à être dépassée. On voit, sous l'influence de ce régime, la sécrétion urinaire augmenter, et avec elle la sécrétion de l'urée, en même temps que diminue l'uro-érythrine, comme l'indiquent des analyses minutieuses; c'est le premier indice de l'amélioration du foie.

La tension artérielle s'abaisse rapidement sous l'influence du régime lacté, et des tracés joints à ces leçons montrent le retour progressif à la tension normale, à mesure que l'alimentation est redevenue régulière.

Semmola n'est pas partisan de la médication purgative, et il réserve le traitement mercuriel pour les cas où la syphilis est en jeu. Quant à

la paracentèse abdominale, il n'y a recours que lorsque l'épanchement l'exige d'urgence, et n'en fait pas une méthode de traitement. A. SIREDEY.

VI. — L'auteur, dans le cas qu'il publie, croit que le point de départ de la cirrhose doit être attribué à la péritonite qui existait antérieurement. Il admet qu'il se fait, à la surface du foie, par les vaisseaux lymphatiques et par les dernières ramifications de la veine porte, une absorption des éléments phlogogènes contenus dans l'exsudat péritonitique, d'où ces principes, transportés dans le foie, l'irritent, à la façon de l'alcool chez les buveurs. Cette interprétation est, d'ailleurs, celle de Galvagni; elle a été soutenue en France par Poulin.

Bassi donne 4 observations, dont 2 qu'il rapporte à la péritonite simple, 2 à la péritonite tuberculeuse, dans lesquelles il a constaté à divers degrés des lésions d'hépatite interstitielle. Ces altérations consistaient surtout dans un épaississement très marqué de la capsule de Glisson, et dans la dissémination des éléments embryonnaires le long des ramifications de la veine porte et de l'artère hépatique, de manière à accentuer la délimitation des lobules, sans toutefois produire nulle part les granulations de la cirrhose classique de Laënnec. Dans tous ces cas, d'ailleurs, il existait en même temps de l'épaississement de la capsule de Glisson, des inflammations chroniques de la plèvre et du péricarde, complications qui apportaient encore un obstacle à la déplétion des veines sus-hépatiques, et contribuaient à augmenter les troubles intra-abdominaux, et en particulier l'ascite, en même temps que la distension des vaisseaux intralobulaires donnait au foie l'apparence connue sous le nom de foie muscade. A. SIREDEY.

VII. — A l'institut d'anatomie pathologique de Berlin, il a été pratiqué de 1870 à 1889, 258 autopsies de cancers du foie; sur ce nombre, se trouvaient 25 cancers primitifs de la vésicule, 2 cancers primitifs des grandes voies biliaires et seulement 6 ou même 4 véritables cancers primitifs du foie.

Hansemann en relate une observation avec autopsie et examen microscopique détaillé. Il s'agit d'une femme de 25 ans. Le cancer hépatique n'avait produit aucune métastase. Selon les points du foie (qui pesait 5,700 grammes) les tumeurs offraient l'aspect de l'hyperplasie nodulaire, de l'adénome à grosses cellules ou du cancer alvéolaire. J. B.

VIII. — La rupture des kystes hydatiques suppurés, soit dans l'estomac, soit dans les bronches, donne lieu à une odeur spéciale qu'Eichhorst nomme odeur d'échinocoque, et qui peut même être constatée plusieurs jours avant la rupture. Cette odeur est aromatique, pénétrante, et peut être comparée à celle de la marmelade fraîche de prunes. Eichhorst l'a retrouvée très nettement dans deux observations. L'écoulement qui survint quelques jours après l'incision dans la première présentait cette odeur à un haut degré, bien que le liquide évacué immédiatement eût été au contraire gangréneux et fétide. Dans la seconde observation, ce fut dans les vomissements que l'odeur caractéristique se présenta.

A.-F. PLICQUE.

IX. — Il est difficile de trouver quelque idée originale à développer dans l'étude assez aride des kystes hydatiques. L'auteur de cet ouvrage a cherché surtout à être complet, et son livre, par la richesse des indications bibliographiques, rendra certainement des services à tous ceux

qui voudront reprendre l'étude d'un point de cette question. Signalons spécialement les recherches faites par l'auteur sur l'intoxication hydatique : ayant injecté à des cobayes de 5 à 10 centimètres cubes de liquide hydatique non filtré, il n'a vu survenir aucun accident ; d'autre part, sur plus de 250 ponctions exploratrices de kystes hydatiques du foie, il n'a vu qu'une seule fois des phénomènes fébriles. Il pense que les accidents attribués à l'intoxication hydatique sont d'origine infectieuse et sont produits soit par l'agent infectieux lui-même, soit par les modifications qu'ils font subir au liquide hydatique. GEORGES THIBIERGE.

Osservazioni cliniche ed anatomiche intorno all' itterizia infettiva... (Observations cliniques et anatomo-pathologiques relatives à l'ictère infectieux connu sous le nom de maladie de Weil), par Luigi MAZZOTTI (*Bologna*, 1889).

L. Mazzotti rapporte 15 observations nouvelles d'ictère infectieux avec 5 autopsies. On sait que Weil a décrit comme une maladie nouvelle distincte, des ictères qui débutent par des phénomènes typhoïdes, de l'embarras gastrique fébrile avec ictère. Augmentation du volume de la rate et albuminurie. Au bout de quelques jours la fièvre tombe, puis il se fait une rechute, moins accentuée que la poussée première. Comme à beaucoup d'autres auteurs, cette rechute ne paraît pas nécessaire à Mazzotti pour constituer cette forme particulière d'ictère infectieux. Dans une de ses observations même, la fièvre a fait défaut ; c'est, à notre sens, obscurcir la question, que de ranger ainsi sous la même dénomination des faits aussi dissemblables.

Les lésions observées à l'autopsie portent surtout sur le foie et les reins ; ce sont des lésions banales d'infection : dégénérescence granulo-graisseuse des cellules ; petits foyers embryonnaires disséminés ; congestion plus ou moins intense. Si l'on y ajoute l'augmentation de volume de la rate, la congestion pulmonaire, parfois la tuméfaction inflammatoire des ganglions lymphatiques et plus rarement encore des parotides, on a un ensemble de lésions évidemment d'origine infectieuse. Dans aucune de ses autopsies, l'auteur n'a rencontré de lésions de l'intestin attribuables à la fièvre typhoïde ; il n'est donc pas tenté de faire de la maladie de Weil un typhus abortif avec ictère. Du reste, il tend à penser, avec Nauwerck et Frænkel, que tous les cas décrits sous le nom de maladie de Weil ne peuvent pas être attribués au même processus anatomo-pathologique. C'est la bactériologie qui doit trancher la question. A. MATHIEU.

I. — A case of malignant anæmia... (Anémie pernicieuse liée à de l'ostéomyélite généralisée), par Th. KNOTT (*Brit. med. J., p.* 232, *février* 1890).

II. — Observations on the treatment of pernicious anæmia..., par William HUNTER (*Ibidem, p.* 1, *juillet* 1890).

III. — Ueber die Fehler der Blutkörperchenbildung... (Sur le vice de formation des globules rouges dans l'anémie pernicieuse), par RINDFLEISCH (*Arch. f. Path. An. u. Phys., Band CXXI, Heft* 3, et *München. med. Woch., n°* 22, 3 *juin* 1890).

I. — Marin de 24 ans, atteint d'une affection osseuse, caractérisée par des douleurs thoraciques et lombaires, et par une anémie progressive : aucun

organe ne paraît malade. Bientôt vomissements répétés, incoercibles, entraînant des douleurs vives dans la poitrine ; hémorragies profuses; épistaxis, mort dans le marasme.

On ne trouve à l'autopsie qu'une cicatrice fibreuse d'un ancien ulcère de l'estomac non cancéreux. Mais accidentellement, en sectionnant une côte, on constate la présence d'une matière crémeuse qui remplit la moelle osseuse. Il existe de l'ostéomyélite étendue au sternum, aux côtes, aux clavicules et aux fémurs. H. R.

II. — Observation intéressante suivie pendant plus de deux ans. La caractéristique de cette anémie pernicieuse a été l'affaiblissement rapide et presque initial des forces, la teinte jaunâtre, subictérique des téguments, la déglobulisation excessive, l'hypertrophie de la rate et les troubles gastro-intestinaux : l'état de la langue fut notamment caractéristique ; les papilles linguales s'atrophièrent, la muqueuse devint douloureuse et recouverte de vésicules ; les gencives gonflées et tomenteuses comme dans le scorbut. Dans les derniers jours de la vie, hémorragies répétées. L'autopsie révéla une pigmentation anormale du foie et de la rate, une décoloration de tous les viscères, et des lésions de gastrite chronique avec disparition de la plus grande partie des glandes à pepsine.

L'auteur insiste sur plusieurs points de cette observation.

a) L'excrétion excessive des pigments urinaires correspondant à la déglobulisation : le foie, trempé dans du sulfite d'ammoniaque, devenant noir comme du charbon, par la quantité de pigment ferrugineux déposé dans son parenchyme.

b) La présence de pigment sanguin pendant la vie dans les cellules épithéliales du rein, correspondant aux périodes d'aggravation de la maladie.

c) L'excrétion excessive du fer, qui, au lieu de 5 milligrammes par jour, chiffre physiologique, s'élevait dans les derniers temps de la vie à 32 milligrammes, alors que dans la chlorose elle s'abaisse à 1 milligramme 1/2.

d) L'hypertrophie splénique semble indiquer le rôle destructif que joue la rate malade sur les globules sanguins.

Pour Hunter, la condition pathogénique de la déglobulisation, dans les cas d'anémie pernicieuse, est la présence d'un poison spécial produit vraisemblablement dans le tube digestif et comparable au toluylènediamine, qui détruit les globules expérimentalement d'une façon identique. Il se fonde, pour étayer cette opinion, sur l'analyse des produits sulfurés de putréfaction intestinale, qui passent dans l'urine à la fois sous la forme de sulfates salins et de sulfates aromatiques. Or, les analyses de l'urine faites à ce point de vue, à neuf reprises différentes, concordent toutes à montrer un excès considérable de ces produits, tandis que, dans les périodes d'amélioration passagère du malade, ils diminuaient. D'autre part, en analysant les ptomaïnes de l'urine par la méthode de Brieger, il a pu en isoler une sous forme de cristaux très voisins de ceux de la cadavérine : or, on sait que ce genre de substances procède toujours d'actions microbiennes, ce qui rend très vraisemblable l'origine infectieuse de l'anémie pernicieuse. Les lésions de gastrite trouvées à l'autopsie confirment encore cette manière de voir.

L'auteur conclut en faveur des antiseptiques intestinaux, et particulièrement de l'arsenic, comme traitement de l'affection. Les farineux

sont beaucoup plus indiqués que les aliments azotés, car ils fournissent moins d'éléments de putréfaction. H. R.

III. — L'observation d'une femme atteinte d'anémie pernicieuse a permis à Rindfleisch d'étudier à fond la question de savoir où siège le vice de formation des globules rouges du sang. La moelle rouge des os et des vertèbres, en particulier, montre une abondance extraordinaire de globules rouges nucléés (hématoblastes), qui se distinguent de ceux de l'état normal par leurs dimensions extraordinaires et la forme variable du protoplasma à contenu hémoglobique. Les hématoblastes normaux mesurent 16 μ; dans le cas présent, ils avaient 4 à 6 fois ce diamètre; on en voyait même de 50 μ (taille des globules rouges de la grenouille). Le noyau a toujours une situation excentrique.

Rindfleisch explique ces faits histologiques de la façon suivante : le protoplasma hémoglobique, qui se transforme normalement en globules rouges, a continué dans ce cas à s'accumuler dans les cellules de la moelle des os, sans aboutir à la formation de globules rouges. Dans ces conditions, il va de soi que ce processus a dû amener une anémie progressive. Le vice de formation des globules rouges siège par suite dans les cellules rouges de la moelle des os. ED. RETTERER.

Septicémie cryptogénétique de Jürgensen, par P. GROCCO (*Rivista generale ital. di clinica medica, nos 14 et 15, p. 382 et 354, 1890*).

Une jeune fille de 17 ans, après une période prodromique d'une semaine environ, fut prise d'accès fébriles, d'abord peu intenses et fugaces, puis très prononcés; ces accès, entrecoupés par une période de collapsus, finirent par s'atténuer et disparaître entièrement. En même temps existait une prostration extrême et une anémie rappelant l'anémie pernicieuse. On ne put relever d'abord aucune localisation du côté des différents organes; ensuite on constata avec des signes de dilatation cardiaque une péricardite de la base certaine et une endocardite mitrale probable; du côté des poumons des signes de catarrhe bronchique, d'hypostase pulmonaire et de pleurite; une notable augmentation de volume du foie et de la rate, des hémorragies rétiniennes... le sang extrait du doigt et de la pulpe splénique contenait des staphylocoques et des streptocoques; les différents symptômes présentés par la malade finirent par s'amender, mais la guérison ne fut pas franche (on apprit qu'elle mourut de néphrite au bout de quelques mois); après avoir éliminé les diagnostics auxquels on pouvait d'abord songer : fièvre typhoïde, tuberculose, Grocco, s'appuyant sur les résultats fournis par l'examen à l'ophtalmoscope, et sur la reproduction de septicémie chez les animaux, au moyen d'inoculation faites avec les cultures, s'est arrêté au diagnostic de septicémie cryptogénétique (nom donné par Jürgensen aux septicémies dont la porte d'entrée dans l'organisme est inconnue); il fait remarquer qu'il n'a existé aucun indice de production de pus chez sa malade. G. LYON.

I. — De la néphrite pneumonique, par G. CAUSSADE (*Thèse de Paris, juillet 1890*).

II. — The vagaries of renal diseases (Anomalies des maladies des reins), par GOODHART (*Brit. med. J., p. 1183, 24 mai 1890*).

III. — Œdème pulmonaire brightique suraigu avec expectoration albumineuse, par BOUVERET (*Revue de médecine, p. 241, mars 1890*).

IV. — L'emiplegia uremica, par R. MASSALONGO (*Lo Sperimentale, décembre 1889*).

V. — Contributions expérimentales à la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightiques, par SEMMOLA (*Bull. Acad. de méd.*, 29 *juillet* 1890).

I. — La néphrite pneumonique est, au point de vue anatomique, une néphrite hémorragique dans laquelle les hémorragies peuvent occuper trois sièges différents : sous la capsule, au niveau de la voûte artérielle, dans la substance pyramidale. En dehors des lésions interstitielles antérieures qui peuvent exister, les reins présentent des altérations parenchymateuses très profondes; dans le cas où il ne semble pas y avoir eu de lésions interstitielles antécédentes, les altérations épithéliales s'accompagnent d'une légère sclérose développée surtout autour des tubes contournés ou au niveau des abcès miliaires. Le pneumocoque de Fränkel est difficile à trouver dans les reins. Lorsqu'on l'y rencontre, il siège principalement dans les veines situées près de la voûte artérielle ou dans la capsule; il est plus grêle et se colore moins bien dans le rein que dans les autres organes. Au cours de la néphrite pneumonique, on constate des infections secondaires généralisées ou localisées; lorsqu'elles sont généralisées, elles sont dues à des streptocoques et affectent dans le rein la même distribution que le pneumocoque de Fränkel; lorsqu'elles sont localisées, elles sont produites par des staphylocoques et siègent dans les abcès miliaires. Le pneunocoque détermine au niveau des épithéliums des altérations inflammatoires, les phénomènes de nécrose et des phénomènes desquamatifs; il agit par un seul mécanisme, par son contact direct sur la cellule lui-même et ne paraît pas agir par ses produits solubles. On ne le retrouve que très difficilement dans les urines; sa présence ne peut y être constatée que quand il y a des lésions rénales; le rein, au cours de l'infection pneumococcique, ne joue donc pas le rôle d'émonctoire pour le bacille. Les lésions antérieures du rein sont une sortie d'appel pour le bacille et y déterminent sa pullulation.

Cliniquement, la néphrite pneumonique s'accompagne à peu près constamment d'hématurie; on constate de nombreux cylindres dans l'urine, de l'albumine sérine en grande quantité, des œdèmes, l'anasarque, l'anurie, l'oligurie et la plupart des accidents urémiques.

La néphrite pneumonique est contemporaine ou à peu près du début de la pneumonie. On peut en décrire trois formes : une forme légère, qui a la durée de la pneumonie qui lui a donné naissance, une forme d'intensité moyenne avec des œdèmes, de l'anasarque et de légers accidents d'urémie, dont la durée peut être de 30, 60, 70 jours ; une forme grave, avec anasarque généralisée, anurie, urémie. Elle peut passer à l'état chronique. Elle peut être influencée par un mal de Bright existant ou par un mal de Bright antérieurement guéri, et dans ces cas elle offre un pronostic plus sérieux. GEORGES THIBIERGE.

II. — Goodhart insiste sur les cas de néphrite absolument latente et sans symptômes apparents. Il montre que ces faits sont fréquents au cours de la syphilis, ainsi qu'à la suite de la scarlatine. Des enfants restent anémiques et amaigris sans aucune lésion appréciable des organes; mais ils sont albuminuriques, et perdent souvent beaucoup d'albumine sans la moindre trace d'œdème. L'hydropisie est un accident qui ne donne nullement la mesure de la lésion rénale.

Une autre anomalie de la substitution du sang à l'albumine dans l'urine

sans modification de symptômes généraux ni locaux, ou encore la disparition presque complète de l'albuminurie, bien que l'état général ne s'améliore pas; enfin dans un autre ordre d'idées, la guérison rapide de tous les malaises, qui ne marche pas toujours parallèlement à la diminution de l'albumine. De même on voit fréquemment une faible tension sanguine être remplacée par une haute tension, et réciproquement. Tous ces faits donnent lieu de penser que sous le nom de brightisme sont englobés des cas à lésions distinctes, les unes vraiment inflammatoires, les autres simplement dégénératives. H. R.

III. — Bouveret signale l'apparition, au début de la néphrite interstitielle, d'accès de suffocation subits accompagnés d'une expectoration très abondante, mousseuse, légèrement teintée en rose et albumineuse. L'auscultation permit de constater l'existence de râles sibilants et ronflants très nombreux et disséminés dans les deux poumons. Ces accès durent de 20 minutes à 2 ou 3 jours. Ils peuvent se terminer par la mort, mais souvent cessent brusquement comme ils sont venus. Ils apparaissent tantôt à la suite d'une fatigue ou d'une émotion, tantôt sans cause appréciable. L'auteur pense qu'il s'agit ici d'un trouble de l'innervation vasomotrice des rameaux de l'artère pulmonaire. Ce mémoire est basé sur trois observations personnelles. C. GIRAUDEAU.

IV. — Étude de l'hémiplégie urémique d'après les observations récemment publiées et quelques cas personnels. C'est la forme la plus fréquente des paralysies urémiques : elle débute brusquement avec ou sans perte de connaissance, peut être complète et intense ou réduite à une simple faiblesse passagère ou durable; elle est souvent précédée ou accompagnée de phénomènes convulsifs, parfois accompagnée d'hémianesthésie hystériforme; lorsqu'elle siège à droite, elle peut s'accompagner d'aphasie; elle est fugace, mobile, peut se reproduire ou alterner avec d'autres manifestations urémiques. Elle se produit surtout chez les athéromateux atteints de néphrite interstitielle. L'œdème cérébral peut faciliter le développement de cette hémiplégie, mais elle est surtout le résultat de l'action sur le sang et spécialement sur la substance cérébrale, des produits toxiques urinaires. GEORGEE THIBIERGE.

V. — Semmola rapporte différentes expériences, qu'il a entreprises au sujet de la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightiques, et il en tire les conclusions suivantes : le degré de l'albuminurie expérimentale n'est pas toujours en rapport avec l'intensité du processus morbide rénal. Dans les néphrites toxiques, produites par des agents qui n'ont pas d'action altérante sur la constitution du sang, on obtient un maximum des lésions rénales avec une albuminurie très faible, tandis que dans les néphrites toxiques d'origine minérale on réalise un maximum d'albuminurie dû aux lésions rénales et à l'état dyscrasique.

Dans l'albuminurie produite par l'injection de blanc d'œuf, il n'y a besoin d'aucune altération épithéliale pour que l'élimination albumineuse soit réalisée; mais cette élimination n'en constitue pas moins un effet fonctionnel qui, lorsqu'il est permanent, crée un état pathologique. De plus on ne tarde pas à voir apparaître des lésions rénales secondaires.

Quant à l'albuminurie brightique, si variable chaque jour, elle doit être rangée dans les albuminuries hématogènes, car on ne peut concevoir

qu'un processus morbide des épithéliums puisse se modifier d'une heure à l'autre. OZENNE.

Des résultats objectifs de l'exploration du foie dans le diabète, par Frantz GLÉNARD (*Lyon méd., mai, juin* 1890). — **Rapport, par FÉRÉOL** (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 17 *juin* 1890).

Dans ce mémoire, Glénard expose un nouveau procédé d'exploration du foie, et le parti qu'il en a tiré pour l'examen de cet organe dans le diabète. Ce procédé, dit procédé du pouce, doit être ainsi appliqué : le malade étant couché à plat, et les muscles en résolution, le médecin s'asseoit sur le bord du lit à côté du patient, à sa droite et lui faisant face; il lui glisse ses quatre derniers doigts de la main gauche sous l'hypochondre droit et soulève en avant la région lombaire pendant que le pouce, fortement appliqué en avant, déprime l'abdomen et fait un mouvement de bas en haut pour aller à la rencontre du foie. En même temps sa main droite, appliquée sur le flanc droit, refoule les intestins de bas en haut de manière que la pression intestinale fasse saillir le bord du foie. Au même moment, il prie le malade de faire de grandes inspirations, qui abaissent le foie et le font venir à la rencontre du pouce; il n'y a alors qu'à ramener la pulpe de ce doigt d'arrière en avant et de bas en haut pour faire sauter le bord du foie. On peut ainsi suivre le contour de la glande hépatique jusque dans l'hypochondre gauche, constater sa forme, et apprécier son épaisseur, sa densité et sa sensibilité. Si l'organe dépasse le rebord costal, on reconnaît facilement le bord du lobe droit, on perçoit le sillon du foie et l'on peut même délimiter le lobe carré, ainsi que le lobe gauche. Le foie est-il petit, nulle part alors on ne sent son bord.

D'après le résultat de ces recherches, Glénard formule les propositions suivantes : dans 60/100 des cas de diabète, le foie donne des signes d'altération et presque toujours dans son lobe droit. Le diabète, la lithiase biliaire et l'alcoolisme sont en connexion étroite. Il existe un diabète vrai produit uniquement par une affection du foie d'origine exclusivement alcoolique. OZENNE.

I. — On the morbid anatomy of diabetes mellitus, par Robert SAUNDBY (*Brit. med. J.*, *p.* 435, 23 *août* 1890).

II. — Rene diabetico, par PISENTI et ACRI (*Atti dell' Accad. medico-chir. di Perugia, vol. II, fasc.* 2 *et* 3, 1890).

III. — Contribution à l'étude du diabète pancréatique, par A. RÉMOND (*Gaz. des hôp.*, 24 *juillet* 1890).

IV. — Sur un cas de paraplégie diabétique, par CHARCOT (*Arch. de neurol. mai* 1890).

V. — Ueber neuritische Læhmungen beim Diabetes mellitus, par Ludwig BRUNS (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 23, *p.* 509 *et p.* 600, 9 *et* 30 *juin* 1890).

VI. — Diabète d'origine traumatique : coma, mort, par LOISNEL (*Normandie médicale*, 1 *mai* 1890).

VII. — Acetonuria and its relation to diabetic coma, par Samuel WEST (*Medico-chir, Transact. LXXII, p.* 91, 1889).

VIII. — Kann der Diabetes mellitus übertragen werden ? (Le diabète est-il contagieux ?) par Richard SCHMITZ (*Berlin. kl. Woch.*, *n°* 20, *p.* 449, 19 *mai* 1890).

IX. — Diabetes insipidus und Adipositas universalis, par MOSLER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 200, 1890).

X. — Clinical remarks on transient glycosuria... (Glycosurie transitoire d'origine nerveuse), par James GOODHART (*Brit. med. J.*, *p.* 1381, 21 *décembre* 1889).

XI. — Transient alimentary glycosuria, par J. WARREN (*New-York medic. Journ.*, *p.* 653, 14 *juin* 1890).

I. — Leçon intéressante où se trouvent résumées toutes les recherches modernes concernant l'anatomie pathologique du diabète. L'auteur considère l'atrophie du pancréas comme la lésion capitale ; puis viennent, par ordre d'importance, les altérations des ganglions sympathiques abdominaux. Les modifications subies par le foie semblent être la conséquence de l'hypérémie fonctionnelle due aux troubles nerveux. Les autres changements qui surviennent dans les reins, les poumons, le cœur, le cerveau, sont vraisemblablement le résultat d'une nutrition vicieuse et de la présence de la glycérine. H. R.

II. — Pisenti et Acri rapportent en détails l'examen histologique des reins de quatre diabétiques. Ils rapportent à deux formes cliniques différentes l'albuminurie que l'on peut rencontrer chez les diabétiques : dans l'une, elle apparaît presque dès le début du diabète et est peu abondante ; dans l'autre, elle ne se produit souvent que dans les derniers jours de la maladie, coïncide ordinairement avec la présence dans l'urine de substances anormales (acétone, acide acéto-acétique, acide oxybutyrique) et avec l'apparition des phénomènes bien connus du coma diabétique. A ces deux formes correspondent des altérations anatomiques différentes ; aussi les auteurs étudient-ils d'une part des lésions communes de néphrite chronique (néphrite interstitielle, endartérite, périartérite, stéatose épithéliale) et, d'autre part, des lésions propres au rein diabétique : dégénérescence hyaline de l'épithélium des tubes droits (lésion d'Armanni), nécrose de l'épithélium des tubes contournés (lésion d'Ebstein), infiltration glycogène de l'épithélium des anses de Henle (lésion d'Ehrlich). La première et la dernière de ces trois lésions se confondent, ainsi que l'a montré Straus; c'est la même altération étudiée par des procédés techniques différents. Au contraire, la lésion d'Ebstein est une nécrose épithéliale très différente de l'infiltration glycogénique d'Armanni-Ehrlich. Ces lésions constituent à elles deux les seules qui méritent le nom de « rein diabétique ». Macroscopiquement, les reins qui en sont atteints sont un peu plus gros qu'à l'état normal, durs; la substance corticale est pâle; la substance médullaire plus rose. Quant aux autres lésions des reins constatées parfois à l'autopsie des diabétiques, ce sont de simples complications. GEORGES THIBIERGE.

III. — Dans les expériences sur l'extirpation partielle ou totale du pancréas chez le chien, Rémond a obtenu des résultats contradictoires au point de vue de la production de la glycosurie, quelques animaux devenant glycosuriques, tandis que d'autres ne le devenaient pas. La liga-

ture des canaux pancréatiques lui a donné des résultats également contradictoires à ce point de vue et, chez des animaux dont le pancréas est préalablement sclérosé par suite de la ligature de ses canaux, la glycosurie peut également faire défaut. Ces dernières expériences contredisent les opinions de Lépine. L'ensemble de ces expériences ne permet pas d'admettre que le diabète soit fonction des altérations pancréatiques, comme l'albuminurie est fonction des altérations rénales. GEORGES THIBIERGE.

IV. — A propos de l'observation d'un malade, Charcot développe l'idée qu'il existe une paraplégie diabétique ou de cause diabétique, comme il y a une paraplégie alcoolique, et que celle-là comme celle-ci a des caractères particuliers qui permettent de la distinguer des affections analogues, bien que ces deux ordres de paraplégies aient entre eux des ressemblances telles qu'on pourra peut-être souvent les confondre.

Dans la paraplégie diabétique comme dans la paraplégie alcoolique, il existe des douleurs fulgurantes, des analgésies, l'abolition des réflexes patellaires et, lorsque la paralysie n'est pas complète, on trouve le signe de Romberg et la démarche ataxique, d'où l'apparence d'un faux tabès. Mais, dans ces cas, il ne s'agit pas réellement de la démarche tabétique, mais d'une démarche spéciale à laquelle Charcot a proposé d'appliquer le nom de steppage, et qui paraît tenir à ce que la paralysie musculaire, dans les membres inférieurs, prédomine au niveau des extenseurs du pied.

Charcot insiste sur cette démarche spéciale, le steppage, que l'on observe dans la paraplégie alcoolique tout comme dans les prétendues ataxies saturnines, béribériques, arsenicales et dans la majorité des prétendus pseudo-tabès jusqu'ici observés. — L'observation que cite Charcot prouve qu'il en est absolument de même dans la paraplégie diabétique.

Chez son malade, la démarche du stepper fait penser naturellement tout d'abord à la paralysie alcoolique. Le signe de Romberg, l'absence des réflexes rotuliens ne détournent pas de cette idée. La seule chose qui surprenne, c'est l'absence de troubles de la sensibilité, presque toujours présents à un haut degré dans la paralysie alcoolique, et qui consistent en sensations douloureuses tant spontanées que développées par le frôlement ou la pression profonde. Enfin la paralysie des muscles extenseurs du pied, la réaction de dégénérescence constatée à l'examen électrique dans le jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils, la diminution de l'excitabilité des autres muscles de la jambe et de la cuisse, l'examen des yeux et l'absence de parésie vésicale véritable, font penser à l'alcoolisme et non au tabès. Cependant ce malade n'est pas alcoolique, mais diabétique, et a excrété jusqu'à 1 kil. 035 gr. de glycose par jour. — Dans la suite, par un régime antidiabétique approprié, on put diminuer la polyurie, la glycosurie, l'azoturie et améliorer parallèlement l'état général et la paraplégie. DESCOURTIS.

V. — Bruns relate 4 cas de névrites paralytiques chez des diabétiques.

1° Homme de 59 ans. Hémiplégie faciale droite il y a 4 ans, non encore guérie. Depuis 18 mois, affaiblissement croissant du membre inférieur gauche avec névralgies des branches du nerf crural. Le triceps fémoral est complètement paralysé; il y a en outre paralysie du psoas iliaque, des adducteurs et, à un moindre degré, des fléchisseurs de la cuisse. Le triceps atrophié est douloureux à la pression. Disparition du réflexe rotulien gauche, réaction de

dégénérescence partielle sur le territoire du nerf crural correspondant. L'urine renferme 5,5 0/0 de sucre. Après six semaines de traitement, il n'y a plus que des traces de glycosurie, l'atrophie du triceps a disparu; les adducteurs et les fléchisseurs de la cuisse sont moins affaiblis. Mais quelques mois plus tard, le malade est brusquement pris, au milieu de vives douleurs, d'une paralysie du sciatique poplité externe gauche, sans que le sucre ait reparu dans l'urine. Le réflexe tendineux, redevenu perceptible à gauche, est peu marqué à droite. Aux dernières nouvelles, la paralysie des muscles antéro-externes de la jambe était en voie d'amélioration.

2° Homme de 58 ans. Depuis un an, affaiblissement de la jambe droite, qui fléchit souvent au niveau du genou. En même temps douleurs du haut en bas de ce membre. La proportion de sucre n'a jamais atteint 1 0/0 dans l'urine. Au bout de cinq mois, l'état de la jambe droite s'améliore, mais le membre inférieur gauche est envahi, notamment pour les muscles innervés par le crural et l'obturateur (psoas iliaque, adducteurs, triceps, fléchisseurs de la jambe). Atrophie des deux membres. A gauche, absence du réflexe rotulien, qui est peu perceptible à droite. Le traitement est impuissant à faire cesser complètement la glycosurie; néanmoins on note une amélioration continue de tous les troubles nerveux : disparition momentanée des névralgies, disparition de l'atrophie, réapparition du réflexe et des mouvements volontaires.

3° Homme de 70 ans, chez lequel l'urine contient 1,5 0/0 de sucre. Au milieu de douleurs sciatiques de plus en plus fortes, est survenu un affaiblissement du membre inférieur gauche portant sur les muscles mus par les nerfs crural et obturateur. Puis l'état de ce membre s'étant amélioré pendant le traitement, sont apparues des douleurs vives et un affaiblissement de la jambe droite (triceps et fléchisseurs de la cuisse); en même temps le réflexe rotulien reparaissait à gauche et disparaissait à droite. Sous l'influence de la médication, la glycosurie a cessé, mais la paralysie du psoas iliaque et du triceps droit, qui s'atrophie, persiste de même que l'absence du réflexe rotulien correspondant.

4° Homme de 55 ans. Sciatique gauche il y a quatre ans. Diabète constaté depuis trois ans. A la suite d'un mouvement brusque, vives douleurs pendant deux jours sur le territoire du sciatique, du poplité extrême gauche, puis paralysie complète du jambier antérieur, de l'extenseur commun des orteils et de l'extenseur du gros orteil, avec réaction de dégénérescence complète. Pas d'amélioration par l'électricité. J. B.

VI. — Homme de 21 ans, sans antécédents morbides. En décembre 1889 le malade fait une chute dans laquelle la région rachidienne, au niveau des deux premières vertèbres lombaires, est violemment contusionnée. Pendant trois jours, mictions peu abondantes (500 gr. en 24 heures); dans la suite, la quantité d'urine s'élève au chiffre de 1,500 grammes. Mais l'on constate la présence de 10 grammes de glycose par litre. Pas d'albumine. Un examen de l'urine, antérieur de quelques mois au traumatisme, n'avait révélé aucune trace de sucre. Malgré différentes médications, antipyrine et bicarbonate de soude, puis opium et liqueur de Fowler, un amaigrissement croissant paraît; les mictions deviennent de moins en moins abondantes et, avec l'anurie, se montre un état comateux que des injections hypodermiques d'éther, puis de caféine associée au benzoate de soude, ne dissipent que momentanément. La mort survient dans le coma, qui a duré neuf jours, trois mois environ après le trauma. OZENNE.

VII. — L'auteur a étudié 14 cas de diabète au point de vue des rapports de l'acétonurie et du coma. Voici les résultats de ses recherches :

1° L'acétonurie est un état commun chez les diabétiques non comateux;

2° Elle ne se rencontre pas constamment dans le coma diabétique;

3° Elle varie grandement chez les mêmes sujets d'un moment à l'autre, sans que la raison de ces variations soit aisément explicable;

4° Elle ne correspond pas aux variations du sucre ni du pouvoir spécifique de l'urine ;

5° Elle peut même disparaître quand le coma se développe. H. R.

VIII. — Sur un total de 2,320 diabétiques, auxquels il a donné ses soins, Schmitz a observé 26 fois la maladie chez deux époux ou chez deux intimes dans les conditions suivantes, qui l'autorisent à poser la question de la transmissibilité du diabète, ou du moins de certaines de ses formes.

Des personnes — des femmes le plus souvent — bien portantes jusqu'alors, deviennent tout à coup diabétiques après avoir soigné un ou une diabétique, avoir dormi dans la même chambre, avoir vécu intimement avec eux, les avoir souvent embrassés. Aucune de ces personnes n'avait de prédisposition héréditaire, aucune n'était apparentée même de loin avec le ou la malade; enfin chez aucune on ne trouvait d'autre cause pouvant expliquer l'apparition de la maladie.

Ce n'est point dans les inquiétudes occasionnées par l'état de santé d'un être cher ou même dans la violente émotion ou le chagrin que provoque sa mort, que Schmitz cherche la genèse de l'affection. Il a, en effet, renoncé à admettre l'influence étiologique des émotions morales, depuis qu'entre autres, il n'a pas vu la glycosurie sa reproduire chez deux malades bouleversés l'un par la mort violente et prématurée de son fils unique, l'autre par le suicide de son frère.

D'autre part, ce n'est pas non plus par les rapports sexuels que doit s'opérer la transmission du diabète, car on l'observe aussi, ainsi que Schmitz en rapporte un cas, entre deux personnes du même sexe et, de plus, les femmes sont généralement atteintes à une époque où la maladie de leurs maris les a rendus impuissants déjà depuis un certain temps.

Parmi les observations relatées en détail par Schmitz, on en trouve une d'une femme qui, étant devenue veuve, se remarie et semble donner à son second mari la maladie qui a occasionné la mort du premier et qu'elle a elle-même contractée. J. B.

IX. — Il s'agit, dans le cas de Mosler, d'une fille qui, à l'âge de 12 ans, ayant perdu l'appétit, a souffert de polydipsie et de polyurie; quatre ans plus tard l'appétit est revenu et, dès lors, l'enfant a commencé à prendre de l'embonpoint. L'étiologie de ces accidents échappe.

Elle est actuellement âgée de 16 ans. Elle est manifestement obèse; le 14 octobre 1889, elle pesait 113 livres; le 15 décembre, 128. Pas de troubles du système nerveux. Intelligence retardée; somnolence habituelle.

Bruits du cœur très faibles. P. 60 à 70. Nombre des globules rouges 9,200,000. Pas de multiplication des globules blancs.

La quantité d'urine varie de 5 à 7 litres en 24 heures (elle a atteint 10 litres). Densité, 1,001 à 1,000. Urée, 11 gr. par jour; chlorures, 5 gr. 785; acide phosphorique, 0, 8316; acide sulfurique, 1,654. Pas de sucre, pas d'albumine.

La quantité de liquides ingérés est proportionnelle à celle de l'urine. Il y a aussi polyphagie. L. GALLIARD.

X. — Dans une note intéressante, Goodhart rapporte l'histoire d'une dizaine de personnes les unes arthritiques ou goutteuses, les autres

exemptes de toute diathèse, qui éprouvent des malaises nerveux variés et présentent du sucre, souvent en quantité considérable, dans les urines. On croit avoir affaire à de vrais diabétiques; il n'en est rien : un peu de repos et du régime suffisent à faire disparaître la glycosurie, qui souvent ne se reproduit plus; d'autres fois elle se montre à nouveau d'une façon passagère.

Goodhart en conclut qu'il se produit, sous l'influence des préoccupations, du surmenage intellectuel, de la contention d'esprit, un trouble nerveux paroxystique qui détermine la glycosurie, au même titre que les crises d'urémie chez les goutteux. Les deux phénomènes sont de même ordre. La glycosurie n'est qu'un trouble fonctionnel d'origine bulbaire, et non pas une maladie : elle se rencontre passagèrement, soit à l'état de symptôme isolé, soit associée à d'autres névroses (goitre exophtalmique). — Cette manière de voir tend à prouver que le diabète vrai est bien une affection du système nerveux, et non une maladie de nutrition.

L'opium est le meilleur moyen de traiter la glycosurie paroxystique. H. R.

XI. — Dix sujets dont l'urine a été analysée à plusieurs reprises par Warren pour une compagnie d'assurances, n'ont présenté qu'une seule fois du sucre. — Chez eux, la densité était normale ou à peu près; dans un seul cas on a noté 1,032, dans un autre 1,025 ; partout ailleurs, la densité n'a pas dépassé 1,020. Les sujets avaient de 28 à 45 ans. Ils ont été acceptés par la Compagnie et, jusqu'à présent, il n'y a pas eu de sinistre.

L'auteur tient grand compte de la densité de l'urine. — Quand on trouve, avec du sucre, une densité de 1,025, on peut considérer la glycosurie comme transitoire et accidentelle. Quand on trouve plus de 1,028, même s'il n'y a pas de sucre, il faut exiger une seconde analyse. L. GALLIARD.

De certaines localisations cardiaques de l'impaludisme aigu, par G. RAUZIER (*Revue de médecine, p.* 486, *juin* 1890).

Sur 57 cas de fièvre intermittente, Rauzier a eu 17 fois l'occasion de constater l'existence d'un bruit de souffle à la pointe avec propagation dans l'aisselle. Ce bruit de souffle peut s'accompagner d'œdème et de palpitations. L'auteur rejette 6 cas comme n'étant pas suffisamment probants, mais il en reste encore 11 à son actif.

Contrairement à l'opinion de Duroziez et de Lancereaux, il ne croit pas cependant que l'impaludisme aigu puisse donner naissance à l'endocardite simple ou ulcéreuse; pour lui il s'agit d'une insuffisance fonctionnelle passagère, déterminée par l'action du poison palustre sur la musculature valvulaire et comparable à celle signalée par Gangolphe chez les ictériques. C. GIRAUDEAU.

Traité de la diphtérie, par DELTHIL (*In*-8° 686 *p. Paris,* 1891).

L'auteur de ce traité a préconisé depuis plusieurs années une méthode thérapeutique qui lui a donné de remarquables succès, aussi ne s'étonnera-t-on pas de voir le chapitre traitement former la majeure partie du volume. La revue des médications proposées contre cette terrible mala-

die est fort complète, trop peut-être, car il est bon nombre de médicaments qui ne méritaient pas la peine d'être cités.

Le procédé de l'auteur consiste dans l'emploi des hydrocarbures non toxiques, emploi local et interne de l'essence de térébenthine, vaporisation de cette essence et fumigations de goudron de gaz mêlé à l'essence de térébenthine. La statistique des cas traités par ce procédé est de 218, sur lesquels il n'y a eu que 13 décès, soit 6 0/0; dans bien des cas l'état des petits malades était désespéré. Le plus souvent on a pu éviter la trachéotomie et quand celle-ci a été nécessaire, les suites ont été plus favorables que par toute autre méthode. Cette médication a de plus une valeur prophylactique réelle, car sur 800 personnes qui ont assisté les malades, il n'y a eu que 12 cas de contagion, et encore la transmission a-t-elle porté sur les allants et venants plutôt que sur celles qui résidaient auprès des diphtéritiques.

Le chapitre de l'étiologie nous donne un résumé intéressant des doctrines anciennes, un tableau démonstratif de l'accroissement graduel de la maladie. D... y défend l'idée de l'origine animale; la diphtérie des animaux est identique à la diphtérie humaine et souvent on peut relever comme point de départ des épidémies une origine ornithologique, une épidémie dans les basses cours. Il rapporte les documents favorables à cette opinion, mais pour être complet, il aurait dû citer les opinions adverses : cette question est, on le sait, plutôt résolue en sens contraire, c'est-à-dire la distinction complète entre la diphtérie des gallinacées et la diphtérie de l'homme.

J'ai insisté sur les deux points principaux de ce traité qui renferme un exposé complet des recherches bactériologiques modernes (Klebs, Lœffler, Cornil, Roux, Yersing) une étude symptomatique et clinique très détaillée. Je signalerai la discussion des théories sur la dyspnée, du tirage et des accès de suffocation. D... ne reconnaît pas au spasme de la glotte la valeur, reconnue par la plupart des auteurs, comme cause de ces accès, sous l'influence de l'excitation produite par le rejet des membranes.

L'auteur aurait pu condenser son ouvrage en étant plus sobre de citations sur des points trop connus, telle la description anatomique de la région laryngo-trachéale, empruntée à Tillaux.

Mais le point principal, savoir, la possibilité de combattre plus efficacement que par le passé cette redoutable affection, a été bien mis en lumière et les documents nombreux rassemblés patiemment par l'auteur donnent à sa méthode une valeur incontestable. A. CARTAZ.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Traité de gynécologie, par S. POZZI (*In-8° de* 1134 *pages avec* 491 *figures Paris*, 1890).

Le traité que vient de publier Pozzi marque une époque de l'histoire de la gynécologie. Depuis les ouvrages de Huguier, Bernutz, Courty,

aucune œuvre didactique complète n'avait paru en France. On eût pu volontiers croire à une abstention, systématique de la part des chirurgiens de notre pays, à suivre la révolution qui s'est produite depuis quelques années dans la thérapeutique des maladies des femmes. Il était cependant facile de constater, par les nombreuses communications aux sociétés savantes, que rien de ce qui faisait, innovation chirurgicale ou plus souvent remise au jour de procédés et méthodes un peu oubliés, n'avait passé inaperçu.

L'avènement de l'antisepsie a modifié sur bien des points les idées reçues au point de vue de la thérapeutique utérine ; du cabinet du médecin la gynécologie s'est transportée dans les salles de chirurgie. Les interventions réputées jadis audacieuses et téméraires, et les résultats néfastes ne venaient malheureusement pas infirmer ces épithètes, les interventions, dis-je, sont devenues, grâce à l'asepsie, aux perfectionnements de l'outillage et du pansement, simples et facilement réalisables. Les insuccès opératoires, autrefois la règle, ont passé à l'état d'exception. Il suffit, pour en juger, de se reporter à la discussion académique sur l'ovariotomie et de jeter les yeux sur les statistiques actuelles de la plupart des opérateurs.

Dans un exposé brillant qui sert de préface à son livre, Pozzi a indiqué les raisons pour lesquelles l'étranger a pu prendre les devants sur nous. Le cadre de cette revue ne me permet pas de m'étendre sur ce point particulier. Ce qu'il me paraît utile de faire ressortir ici, après lui, c'est la part qui revient à notre pays dans cette rénovation de la gynécologie. Procédés d'exploration, procédés opératoires, méthodes de traitement, il n'y a qu'à remonter à quelques années en arrière pour trouver à l'actif de nos chirurgiens, le mérite de leur création, un peu volontairement passé sous silence à l'étranger.

Pozzi n'a pas cherché à faire de son ouvrage un compendium bibliographique, c'eût été une œuvre fastidieuse qui eût demandé à elle seule un gros volume, il s'est restreint aux indications principales de la dernière période, et le lecteur n'a qu'à parcourir les notes et renvois pour voir qu'il était difficile d'être plus complet sans être diffus et pour juger de la part qui revient à notre pays aussi bien qu'à l'étranger. On ne se pique pas en général, hors de chez nous, d'une aussi parfaite impartialité.

Œuvre d'érudition, ce traité sera jugé tel au premier coup d'œil; mais on y trouvera le sens critique judicieux, l'expérience d'un chirurgien placé depuis plusieurs années à la tête d'un grand service gynécologique; on y trouvera la clarté et la netteté des descriptions, la précision des indications, le tout exposé en un style brillant et imagé, ce qui n'a jamais rien gâté, même dans les ouvrages de médecine.

Il est impossible de résumer un ouvrage de pareille envergure; je me contenterai d'indiquer les principales divisions.

Le livre Ier comprend trois chapitres sur l'anesthésie, l'antisepsie, les sutures et le pansement. Le livre II traite de l'exploration gynécologique. C'est en quelque sorte une introduction générale. L'utérus est successivement étudié au point de vue des inflammations, métrites du col et du corps, des corps fibreux, du cancer, des déplacements. Les inflammations des annexes comprennent : l'oophoro-salpingite sans tumeur kys-

tique ; l'oophoro-salpingite kystique et la périmétro-salpingite : sous cette dénomination, Pozzi englobe ce que l'on désignait jadis sous le nom de phlegmon du ligament large, pelvi-péritonite pelvienne, etc. Pour la première fois dans un traité de gynécologie, la tuberculose génitale prend la place qui lui revient et forme un chapitre à part.

Après l'utérus vient l'étude des maladies de l'ovaire, du vagin, de la vulve (à signaler l'exposé très complet des procédés de restauration du périnée et du traitement des fistules vaginales). Dans un chapitre sur les malformations des organes génitaux, P... expose ses vues personnelles sur l'origine de ces arrêts ou vices de développement. A. CARTAZ.

I. — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus, par Marie ROUSSEL (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus, par Estelle WARCHAVSKAIA (*Thèse de Paris*, 1890).

I. — Les accidents cardiaques, d'après l'auteur, sont fréquents au cours des affections utérines, ovariennes et péri-utérines, qu'il s'agisse de tumeurs ou de lésions inflammatoires. Suivant les formes qu'ils revêtent, on peut en décrire quatre types : un type asystolique, un type arythmique, un type syncopal et un type latent.

Dans le premier cas, les malades présentent un tableau symptomatique identique à celui de l'asystolie gastro-hépatique; ces accidents s'observent surtout chez les femmes déjà avancées en âge.

Dans les formes arythmique et syncopale, les troubles cardiopathiques consistent principalement en palpitations intermittentes, accompagnées de dyspnée, d'angoisse, de lipothymie ou de syncope; ils coincident ordinairement avec de l'anémie et du nervosisme.

Quant au type latent, c'est le plus fréquent de tous; il est caractérisé par l'existence d'un bruit présystolique tantôt à la pointe, tantôt à l'appendice xiphoïde, parfois accompagné d'un dédoublement du deuxième bruit; on constate d'habitude une augmentation de la matité précordiale.

Ces désordres cardiaques doivent être rapportés, suivant l'auteur, à l'accroissement réflexe de la tension vasculaire dans le poumon, à l'excitation des nerfs, aux influences morales et à la gêne mécanique. Pour les faire disparaître, ce sont ces différents facteurs qu'il faut combattre.

II. — Dans un premier chapitre, l'auteur rappelle quelles sont les principales complications du cancer de l'utérus, et il signale les modifications produites dans le rein par le fait de l'obstruction lente, incomplète et graduelle que subit l'uretère.

Quand l'épithélioma pavimenteux a débuté par la face externe du museau de tanche, il est très fréquent d'observer, comme l'un de ses modes de terminaison, l'urémie, qui peut survenir dans deux cas :

Ou elle apparaît comme terme ultime de la néphrite atrophique, ou bien elle est consécutive à une anurie, qu'un obstacle mécanique a brusquement provoquée. Dans ce dernier cas seulement, il y a indication d'intervenir chirurgicalement.

Cette néphrite, compliquant le cancer utérin, ne s'accompagne pas d'hypertrophie du ventricule gauche, ce que l'on conçoit, puisque, chez

ces malades anémiques et cachectiques, il n'existe pas d'hypertension dans le système artériel. OZENNE.

I. — Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques, par COUTURIER (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Quelques considérations sur un traitement local de l'endométrite chronique, par DÉJARDIN (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Du traitement de la métrite du col, par BELLENCONTRE (*Thèse de Paris* 1890).

V. — Étude sur le curetage de l'utérus et l'opération de Schrœder, par Mme VINAVER (*Thèse de Paris*, 1890).

V. — Modification du procédé de Schrœder, par DECRESSAC (*Bull. méd.*, 2 *avril* 1890).

VI. — Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps, par CLAA (*Thèse de Paris*, 1890).

VII. — Métrite du corps ; métrite du col, par DOLÉRIS, rapport de POLAILLON (*Bull. Acad. de méd.*, 5 *août* 1890).

I. — Si l'on considère l'endométrite comme l'inflammation d'une cavité close ou insuffisamment ouverte, l'intervention curative, d'après Couturier, devra répondre aux trois indications suivantes : provoquer l'évacuation des liquides septiques et assurer la permanence de cette évacuation; modifier l'état anatomo-pathologique de cette cavité; rendre impossible une réinfection.

Pour réaliser la première de ces indications, les préliminaires antiseptiques de toute opération sur l'utérus étant bien observés, on commence par faire la dilatation de la cavité soit par les procédés rapides, soit par les procédés lents, suivant les cas. Cette dilatation assure l'écoulement des liquides septiques et suffit parfois pour arrêter les hémorragies.

Cela fait, on arrive à modifier la muqueuse malade par l'emploi d'un pansement intra-utérin antiseptique, dont la base active devra être de préférence l'iodoforme, la glycérine créosotée ou le sublimé.

Les caustiques n'inspirent à l'auteur que peu de confiance. Quant au curetage, il doit être réservé aux cas exceptionnels, dans lesquels il faut agir énergiquement sur des fongosités épaisses.

II. — La première partie de ce travail est consacrée à une minutieuse description de la méthode de cautérisation utérine par les crayons de chlorure de zinc, telle que l'a formulée Dumontpallier. Pour Déjardin, qui cite à l'appui de ce traitement 143 observations, il aurait l'avantage d'être d'une innocuité absolue, ne provoquant jamais de complications, du moins immédiates, et n'occasionnant en général que peu de douleurs.

III. — Bellencontre ne s'occupe que du traitement de la métrite du col. Après avoir rappelé que la région cervicale offre une anatomie et une histologie spéciales, il établit que son inflammation, pouvant être une cause de phlegmasies utérines, doit être traitée avec soin. Les cautérisations légères sont de nul effet en pareil cas; quant aux caustiques puissants, ils sont dangereux et déterminent l'atrésie et la stérilité.

Il faut également répéter le curetage, qui n'est pas aussi efficace que pour l'endométrite du col.

Pour l'auteur, le traitement le plus rationnel est l'excision de toute la muqueuse en utilisant le procédé de Schrœder seul ou combiné avec l'opération d'Emmet.

IV. — Mme Vinaver insiste sur les échecs et les dangers du curetage et des cautérisations au chlorure de zinc, et elle préconise comme traitement de choix l'amputation du col par le procédé de Schrœder. S'il existe en même temps des lésions de la muqueuse utérine, on ajoutera le curetage à l'opération précédente.

V. — Decressac propose, dans l'exécution du procédé de Schrœder, une modification portant sur la deuxième partie de l'opération, c'est-à-dire sur la suture, qui sert à fixer l'extrémité de la lèvre à la crête supérieure. Voici comment il opère : lorsque la lèvre (la lèvre postérieure par exemple) est repliée, on prend un fil d'argent de moyenne grosseur et portant à chaque extrémité une aiguille à suture ordinaire légèrement courbe. Une des aiguilles est enfoncée de haut en bas, en dehors de la ligne médiane et à une petite distance de l'extrémité libre, à travers les deux portions de la lèvre repliée. La seconde aiguille est passée de la même façon de l'autre côté de la ligne médiane; puis les deux chefs du fil sont tordus en arrière du col, près du cul-de-sac vaginal. La même manœuvre est ensuite faite sur la lèvre antérieure.

Ce procédé présenterait les avantages suivants : il n'exige aucun instrument spécial; la manœuvre est fort simple; la suture est plus solide, et il n'est pas nécessaire de faire une section bilatérale aussi étendue, ce qui diminue ainsi les chances d'hémorragie.

VI. — D'une étude comparée sur le curetage et la cautérisation dans l'endométrite du corps, Claa conclut en faveur de la première méthode.

VII. — Le mémoire de Doléris est divisé en trois parties : la méthode opératoire, l'efficacité du curetage, le parallèle du curetage avec la cautérisation. Pour bien nettoyer la cavité utérine et la débarrasser de tout produit infectieux, on peut avoir recours à l'écouvillonnage; mais dans certains cas invétérés, c'est un procédé insuffisant; il faut alors s'adresser au curetage, qu'il distingue en petit curetage, fait avec une curette mousse, pour la métrite du corps, et en grand curetage, curetage incisif et destructeur pour la métrite du col, ce qui s'exécute avec une curette tranchante.

L'auteur signale dans la deuxième partie les succès qu'il a obtenus sur plus de 700 malades par l'écouvillonnage et le curetage, soit seul, soit combiné; puis il termine son travail non pas par une comparaison du curettage et de la cautérisation, mais par le procès de cette dernière à laquelle il reproche de provoquer l'atrésie dans les trois cinquièmes des cas et la destruction de la vie physiologique de l'utérus.

Polaillon défend le procédé de cautérisation par les bâtons de chlorure de zinc et reproche au curetage d'être une opération complexe, exposant à des hémorragies et infidèle. OZENNE.

I. — Étude critique de l'application du curetage de l'utérus au traitement des salpingites, par SAINTU (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Sur la salpingite blennorragique. Anatomie pathologique, étiologie, pathogénie, par THIBAULT (*Thèse de Paris*, 1890).

I. — Saintu, qui a recueilli des observations assez nombreuses sur l'action du curetage de l'utérus dans les cas de lésions des annexes, insiste d'abord sur ce point, qu'il faut bien distinguer les salpingites des péri-salpingites, car ces dernières ne bénéficient nullement en général de l'opération. Quant aux résultats qu'elle donne à l'égard des salpingites, ils sont variables suivant la variété anatomique de l'inflammation.

Pour la salpingite purulente, le curetage doit être rejeté, car il est inefficace; elle est justiciable d'emblée de la laparotomie.

La salpingite catarrhale chronique, la salpingite catarrhale récente avec ou sans péri-salpingite cèdent ordinairement à l'action du curetage.

Il n'en est pas de même de la salpingite interstitielle, qui résiste ordinairement à cette intervention. Toutefois, comme elle n'aggrave pas la maladie, on doit toujours y recourir avant d'entreprendre une laparotomie.

II. — Thibault s'est principalement appliqué à en décrire l'étiologie et l'anatomie pathologique. Il montre que l'affection, toujours consécutive à une endométrite de même nature, présente deux formes pathogéniques : l'infection simple, due exclusivement à la présence du gonocoque, et l'infection mixte, provoquée par des micro-organismes variables essentiellement pyogènes.

De cette double origine il résulte que la salpingite revêt deux formes anatomo-pathologiques bien différentes : l'infection simple donne naissance à la forme catarrhale, qui est caractérisée par des lésions superficielles de la muqueuse tubaire avec suppuration muco-purulente. Ces lesions restent limitées à la trompe.

Au contraire, l'infection mixte engendre les pyosalpingites, dont les lésions occupent les trompes, le péritoine et les ovaires, elles sont dues uniquement aux micro-organismes pyogènes survenus après le gonocoque. Quoiqu'elles soient souvent étendues et même généralisées, il est parfois des cas où l'ovaire, déjà scléreux, reste indemne. OZENNE.

Zur vaginalen und ventralen Fixation der rückwärtsgebeugten Gebärmutter, par A. DEBRUNNER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Ærzte, n° 11, p. 337, 1er juin* 1890).

1° *Hystéropexie vaginale* par la méthode de Schücking (*R. S. M.*, XXXII, 543). Après avoir constaté l'inefficacité des pessaires, Debrunner a pratiqué 13 fois la fixation vaginale de l'utérus rétrofléchi ; l'une de ces opérations n'a pu être terminée, à cause de la résistance insurmontable qu'offrait la paroi utérine à l'aiguille. L'opération remonte à 15 mois pour 3 cas, à 11 mois pour 1 cas, à 9 mois pour 3 cas, à 3 mois pour 3 cas, et à 2 mois pour les 2 autres cas; 4 des opérées étaient célibataires et nullipares. Une était mariée depuis 8 ans sans enfant ; 7 étaient pluripares.

Chez ces 12 femmes, il s'agissait d'un utérus en rétroflexion, mobile, parfois avec complication d'un prolapsus modéré de l'utérus et du vagin ; chez 2 de ces malades, Debrunner a joint la colpopérinéorraphie à l'hystéropexie.

L'opération de fixation n'a jamais été suivie d'accidents; 2 femmes seulement ont eu, pendant les 2 premiers jours, du ténesme vésical et des urines sanglantes.

Huit fois le résultat a été favorable : l'utérus s'est maintenu en antéflexion, et tous les phénomènes morbides dus à la rétroflexion ont disparu. Une de ces opérées se trouve actuellement au terme d'une grossesse qui a été parfaitement normale.

Quatre opérations ont été infructueuses, l'utérus s'étant de nouveau rétrofléchi, 1 fois avant l'ablation des sutures, 1 fois immédiatement après et 2 fois quelques semaines plus tard. Debrunner voit la raison de ces insuccès 2 fois dans une métrite chronique et les 2 autres fois dans une hypertrophie avec allongement considérable de l'utérus.

2° *Hystéropexie ventrale.* 3 cas opérés par le procédé de Czerny, 2 fois comme opération complémentaire dans le cours d'une laparotomie (castration, ovariotomie), et une fois pour une chute complète d'un utérus hypertrophique avec inversion vaginale. Dans ce cas, Debrunner fit successivement, dans une première séance, la colpopérinéorraphie antérieure, l'amputation du segment inférieur de l'utérus et l'hystéropexie abdominale, puis, 2 semaines plus tard, la colpopérinéorraphie postérieure. Les trois opérées ont guéri sans accident; l'utérus reste solidement fixé, dans un cas depuis 7 mois et dans les 2 autres depuis 3 mois et demi.

Debrunner conclut que les deux méthodes de fixation de l'utérus rétrofléchi sont d'une exécution facile, non périlleuse et fournissent d'excellents résultats. La fixation vaginale a de plus l'avantage d'un rétablissement plus prompt des malades. Toutefois, elle paraît inefficace dans les cas compliqués d'hypertrophie de l'utérus. Mais elle n'apporte aucune gêne à des opérations ultérieures, soit qu'on se décide pour l'hystéropexie ventrale, soit qu'on préfère raccourcir les ligaments suspenseurs de l'utérus, c'est-à-dire recourir à l'opération de Frömmel (*R. S. M.*, XXXVI, 158) ou à celle de Freund (incision du cul-de-sac de Douglas). J. B.

Extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, par Dmitri OTT (*Ann. de gyn., octobre et novembre* 1889).

L'auteur défend très énergiquement cette opération dans le cas de cancer de l'utérus. A l'appui de son plaidoyer, il relate 30 opérations, toutes suivies de succès opératoire. C'est une série évidemment des plus heureuses, car, jusqu'à ce jour, les statistiques publiées donnent une mortalité qui oscille entre 18 0/0 (Olshausen) et 6 0/0 (Leopold).

Les suites tardives de ces opérations sont intéressantes à signaler : — 13 fois les malades ont été perdues de vue; — 8 fois l'opération a été pratiquée de très bonne heure; 1 seule fois la récidive a été constatée un an après l'opération; les 7 autres malades suivies pendant 1 an au moins, jusqu'à 3 ans au plus, n'ont pas présenté de récidives; 9 fois l'opération a été pratiquée alors que la maladie était déjà fort avancée ; chez toutes la récidive s'est produite pour le moins de temps 1 mois après l'opération, pour le plus de temps 11 mois.

L'auteur insiste longuement sur la technique opératoire et sur le diagnostic du cancer au début, et entre dans des détails intéressants qui échappent à l'analyse. PORAK.

I.— Expériences sur le lavage du péritoine, par P. DELBET (*Ann. de gyn., sept.* 1889).

II. — Réflexions sur le drainage du péritoine, par P. DELBET (*Ibid., février et mars* 1890).

I et II.—L'auteur a fait de nombreuses expériences sur les animaux pour apprécier les conditions suivant lesquelles s'effectue le lavage du péritoine.

Le liquide employé au lavage se répand dans tout l'abdomen. Il peut donc présenter l'inconvénient de porter dans des parties éloignées du péritoine le pus qui n'a pu être épanché que dans un point circonscrit de cette cavité.

Il est difficile et peut-être impossible de débarrasser complètement le péritoine par le lavage des substances étrangères qui ont pénétré dans sa cavité. Lorsqu'il s'agit d'une substance soluble, le lavage n'a pour résultat que de diminuer progressivement le titre de la solution ; lorsqu'il s'agit d'une substance solide, d'en diminuer considérablement la proportion primitive : cela suffit en clinique. Mais il est tout à fait illusoire lorsqu'il s'agit d'exsudats et de fausses membranes adhérentes.

Après le lavage il reste toujours dans le péritoine une quantité notable de liquide, qui occupe le petit bassin, les fosses iliaques et lombaires. Ce n'est qu'à l'aide de nettoyages minutieux avec des éponges qu'on peut y diminuer d'une façon satisfaisante ce liquide.

Le lavage du péritoine dans les limites thermiques de 18° à 50° n'a sur la respiration et sur la circulation que des influences insignifiantes ou nulles. Il n'expose à aucun danger. Il est difficile d'interpréter expérimentalement les cas où on a observé la syncope à la suite du lavage. L'action hémostatique des lavages à haute température paraît d'ailleurs douteuse.

La quantité du liquide absorbé dans les dix premières minutes du lavage est considérable. Lorsqu'on emploie la solution de chlorure de sodium à 7 0/0, on obtient ainsi une véritable transfusion indirecte. Mais après cette absorption du début, celle-ci s'épuise. On peut alors laver le péritoine avec des substances toxiques sans danger d'intoxication. Il suffit, pour éviter définitivement cet accident, de faire suivre d'un troisième lavage avec une solution salée pour s'assurer qu'on ne laisse pas dans la cavité péritonéale une solution contenant une proportion toxique de la substance employée.

En conséquence le lavage du péritoine n'est passible d'aucun reproche sérieux, tandis qu'il est capable de rendre des services signalés.

De ces expériences, l'auteur conclut qu'il est impossible d'obtenir un drainage sérieux de la cavité péritonéale : 1° parce que les anses intestinales oblitèrent les ouvertures du drain ; 2° parce que le drain détermine la formation rapide d'adhérences ; 3° parce que des coagulations sanguines oblitèrent son conduit. — Cliniquement, d'ailleurs, on a souvent constaté des collections purulentes à côté des drains ; et l'écoulement séreux qu'on l'on constate est dû à la transsudation provenant des adhérences.

Donc le drain n'est pas utile, parce qu'il ne facilite pas l'écoulement des liquides intra-péritonéaux, parce qu'il détermine des adhérences et rend extra-péritonéale la surface opératoire.

Dès lors on doit recourir aux drains capillaires (mèches de gaz et de coton), qui agissent plus comme tampons que comme drains.

L'auteur étudie ensuite et critique les reproches qu'on a attribués à l'emploi du drainage intra-péritonéal et expose minutieusement ses indications.

Il préfère de beaucoup le drainage abdominal par le procédé de Mikulicz au drainage vaginal.

Dans certains cas, on pourra mettre à côté des mèches de gaz un drain canaliculé.

L'enlèvement du drain varie suivant les cas. PORAK.

Vaginal hysterectomy for malignant disease of the uterus (Hystérectomie vaginale pour les affections malignes de l'utérus) par F. KRUG. (*Amer. Journ. of obst., juin* 1890.

Krug relate sept hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées dans l'espace de 21 mois. Il s'élève contre l'opinion de bon nombre de chirurgiens américains qui considèrent cette opération comme dangereuse et inutile. Il rappelle les succès obtenus dans d'autres pays et cite notamment la statistique de Leopold. Cet auteur n'a relevé que 6 morts sur 110 cas; 80 fois l'opération fut faite pour tumeur maligne, avec 4 décès. Les femmes sont encore vivantes dans la proportion de 77,5 p. 100; la date de l'opération remonte chez 64,5 p. 100 d'entre elles à deux ans et plus. Il y en a 17 qui ont survécu de 3 à 5 ans et demi. Ces chiffres montrent bien que l'hystérectomie vaginale n'est pas une opération dangereuse et qu'elle offre de grands avantages. Les insuccès sont dus le plus souvent à ce qu'on méconnaît les indications. Krug a refusé d'opérer 25 femmes dont les lésions étaient trop avancées et s'étendaient aux ligaments larges et aux organes voisins. Il ne pratique l'hystérectomie que lorsque le cancer est limité au corps ou au col de l'utérus, et il opère de bonne heure : il rejette dans ces cas tout autre mode de traitement. CH. MAYGRIER.

Des récidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire, par AUDRY (*Ann. de gynéc., septembre* 1890).

F... est atteinte, à l'âge de 30 ans, d'une tumeur kystique de l'ovaire, pour laquelle elle est opérée par Laroyenne. Huit ans après, nouvelle tumeur kystique qui s'ouvre spontanément à la faveur d'adhérence en dehors à la paroi abdominale. Opérée de nouveau par le même chirurgien, on constate qu'il s'agit d'une tumeur du foie ayant la même composition histologique que certains kystes ovariens.

Cette tumeur indolente, à marche lente et tardive, doit probablement son origine à une greffe sur le foie de la tumeur ovarienne opérée tout d'abord.

A ce propos, l'auteur étudie les cas de récidive des kystes de l'ovaire, succédant, après un temps plus ou moins long, à une ovariotomie, pratiquée pour un kyste ovarique, bénins, du type régulier, reproduisant la marche clinique et l'apparence de la tumeur initiale, en conservant son pronostic relativement favorable. PORAK.

Troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien chez la femme, par LOSTALOT-BACHOUÉ (*Thèse de Paris*, 1889).

Le syndrome décrit par Glénard est assez rarement déterminé par l'entéroptose, à laquelle il l'attribue.

Il faut attacher une très grande importance à la résistance opposée au déplacement des organes par l'enceinte de la cavité intra-abdominale, en particulier les parois latérales de l'abdomen et le plancher pelvien.

L'auteur étudie les conditions d'équilibre de la statique abdominale et pelvienne, s'attachant en particulier à la résistance offerte par le plancher pelvien, et lorsque celui-ci s'affaisse, au mécanisme suivant lequel se produisent les différents prolapsus de la vessie, du rectum, de l'utérus, du vagin.

Le relâchement du plancher pelvien, qui n'existe pas chez l'homme, si commun chez la femme, reconnaît pour cause l'accouchement.

Attachant peu d'importance à l'usage des pessaires et des ceintures, l'auteur tire de ces considérations la conclusion thérapeutique suivante : que le traitement radical consistant à rétablir le plancher périnéal à l'aide d'opérations plastiques est le seul qui ait vraiment sa raison d'être.

PORAK.

A hitherto undescribed disease of the ovaries, anomalous menstrual bodies (Maladie non décrite de l'ovaire, corps jaunes anormaux), par A. Dixon JONES (*N. York med. Journ.*, *p.* 542, 17 *mai* 1890).

L'auteur a décrit (*R. S. M.*, XXXVI, 560), l'endothéliome ovarique et ses transformations en angiome et en hématome. Il croit pouvoir établir actuellement que l'endothéliome dérive, dans la plupart des cas, d'une altération des corps jaunes de la menstruation, lesquels constituent des nodules fibromateux ou gyromes. Il a trouvé ces gyromes dans tous les cas d'endothéliome, mais aussi dans des ovaires où l'endothéliome faisait complètement défaut.

Le gyrome est le résultat d'un processus inflammatoire dont les premières phases s'observent nettement dans la membrane anhyste, sinueuse, réfringente, qui, à l'état normal, enveloppe les corps jaunes de la menstruation. Cette membrane se charge, sur divers points, d'éléments embryonnaires, puis elle s'épaissit, se transforme en un tissu fibreux dense, et l'on voit s'y déposer des blocs de tissu colloïde. Elle forme, quand l'altération est avancée, des circonvolutions autour d'un noyau central où l'on distingue du tissu myxomateux. Ce tissu contient des blocs de pigment sanguin et des hématoblastes qui témoignent d'une transsudation sanguine.

Tel est le nodule fibromateux résultant de la transformation du corps jaune. Mais il faut envisager aussi le parenchyme ovarique qui l'entoure. Ce parenchyme est envahi par le tissu myxomateux qui, semblant se trouver à l'étroit au centre du nodule, s'est frayé un passage à travers les circonvolutions de la périphérie. Ou bien on y constate simplement des phénomènes d'irritation : proliférations cellulaires, néoformations de capillaires sanguins, vaisseaux épaissis, sclérosés ou cireux, tantôt oblitérés, tantôt dilatés, à tel point qu'on songe à des anévrismes cirsoïdes.

Il y a donc inflammation des corps jaunes d'une part et ovarite d'autre part. L'auteur admet que c'est encore l'inflammation qui peut déterminer la métamorphose du gyrome en endothéliome.

Quoi qu'il en soit, le gyrome ne paraît pas pouvoir constituer de tumeurs

volumineuses. Dans les 11 cas de l'auteur, il est question simplement d'hypertrophie ovarique ; la plus grosse masse n'était que trois ou quatre fois plus volumineuse qu'un ovaire normal.

Dans les 11 cas, l'auteur a pratiqué l'extirpation, qu'il considère comme l'unique traitement rationnel du gyrome.

Il affirme que la maladie peut être diagnostiquée. Elle s'observe seulement chez les filles et les femmes stériles. A défaut de signes locaux particuliers (puisqu'il ne signale que la douleur), on doit tenir compte de l'épuisement, de l'affaissement des malades, et surtout des troubles nerveux : hystérie, délire, démence. L'endothéliome ne s'accompagne pas de pareilles perturbations nerveuses. L. GALLIARD.

Bericht über 50 Ovariotomien, par H. OMORI et I. IKEDA (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 148, 17 *février* 1890).

Ces 50 ovariotomies ont été pratiquées au Japon. En voici les particularités saillantes. Les lombrics étant endémiques au Japon, avant l'opération, on soumet les malades à un traitement antihelminthique. Les kystes dermoïdes de l'ovaire présentent une frequence toute particulière (16 sur 50) ; l'un deux contenait un petit doigt long de 5 centimètres, à ongle bien développé, possédant 3 phalanges, des vaisseaux, mais ni muscles ni tendons. Un autre dermoïde, trouvé chez une femme brune, renfermait une touffe de cheveux blonds.

Contrairement à Schrœder, Omori et Ikeda estiment qu'il est généralement facile de reconnaître la nature dermoïde d'un kyste de l'ovaire, en s'appuyant sur les éléments diagnostiques suivants : 1° âge peu avancé des malades (pas au-dessus de 40 ans) ; 2° consistance dure et volume généralement médiocre de la tumeur ; 3° peu de mobilité de la tumeur à cause des adhérences ; 4° ponction exploratrice.

Parmi les kystes ovariques simples, c'est la forme glandulaire qui prédomine de beaucoup sur la variété papillaire, maligne.

Les kystes uniloculaires sont une exception.

Omori et Ikeda réduisent le pédicule dans la cavité abdominale après l'avoir lié avec de la soie.

Sur les 50 ovariotomies, 3 n'ont pu être achevées à cause des adhérences. Une de ces malades a succombé cachectique, les 2 autres sont encore en traitement.

Des 47 opérations complètes, 46 ont guéri. La seule opérée morte est une jeune fille de 15 ans, non encore réglée, qui a succombé au collapsus 12 heures après l'ovariotomie qui avait duré 1 heure. L'autopsie n'a pas été faite.

11 de ces ovariotomies étaient doubles. 6 femmes ont été opérées enceintes : chez 4 d'entre elles, la grossesse a poursuivi son terme normal. J. B.

Remarques cliniques et opératoires sur une série de trente laparotomies, par S. POZZI (*Ann. de gyn.*, *avril*, *mai*, *juin* 1890).

Ces opérations ont été faites :

Cinq fois pour de grands kystes : 1° kyste de l'ovaire droit avec élongation du pédicule ; 2° kyste de l'ovaire droit, maladie kystique de l'ovaire gauche ; 3° kyste de l'ovaire droit avec tension du pédicule,

ovaire gauche polykystique ; 4° kyste de l'ovaire droit et maladie kystique de l'ovaire gauche ; 5° très grand kyste gélatineux de l'ovaire droit, fibromes utérins. Tous ces cas, sauf le dernier, se sont terminés par la guérison. L'ovariotomie a toujours été faite des deux côtés lorsque les deux ovaires étaient malades ;

4 fois pour la maladie kystique de l'un ou des deux ovaires : guérison pour tous les cas;

8 fois pour fibro-myomes, dont le plus gros pesait 14 livres : guérison pour tous les cas ;

7 fois pour pyo-salpinx, une fois la mort s'en est suivie ;

3 fois pour abcès pelviens avec succès constant : dans 2 cas, l'abcès était ouvert dans le rectum ; dans le troisième cas, il existait une épiploïte avec énorme épaississement et adhérences, ayant nécessité le tamponnement antiseptique du péritoine;

2 fois avec gastro-hystéropexie pour rétroversion de l'utérus avec adhérences : guérison;

1 fois avec castration pour corps fibreux multiples, salpingite parenchymateuse chronique et hémato-salpinx : guérison;

1 fois avec opération de Battey pour hystérie grave avec accès de folie survenant à l'époque des règles, paraplégie, dysménorrhée, prolapsus des ovaires avec dégénérescence scléro-kystique : amélioration notable;

1 fois avec castration pour oophoro-salpingite chronique : guérison;

1 fois avec entérorraphie pour fistule pyo-stercorale, consécutive à une laparotomie antérieure, exécutée pour abcès pelvien : guérison définitive. PORAK.

Fistulous escape of ligatures after pelvic operations, par WERNER (*Med. News, p.* 164, 16 *août* 1890).

L'auteur a groupé en un tableau 25 observations dans lesquelles, consécutivement à une opération sur les organes pelviens, s'est établie une fistule.

Il résume ainsi les causes de ces fistules : 1° adhérences à l'intestin, qui peuvent, par leur rupture, entraîner l'amincissement et l'ulcération consécutive de l'intestin; 2° ligatures volumineuses sur des petits moignons; 3° extrémités des fils à ligature laissées trop longues; 4° ligatures imparfaitement aseptiques ; 5° partie de moignon constituée par du tissu malade; 6° enfin, emploi prolongé du tube à drainage, qui peut causer une inflammation localisée déterminant un abcès du moignon ou des tissus voisins. M.

De l'occlusion intestinale consécutive aux opérations de laparotomie, par Maurice COLLAS (*Thèse de Paris, n°* 267, 1890).

Dans les 23 observations réunies dans ce travail il s'agissait 18 fois d'ovariotomie, 1 fois de castration double, 2 fois d'ablation des annexes malades, 1 fois d'hystérectomie abdominale et 1 fois d'ablation de tumeur fibreuse de l'utérus. Dans 15 cas l'autopsie a été pratiquée et a montré la nature de la lésion. Dans 6 cas on fit une nouvelle laparotomie suivie 4 fois de guérison, 1 fois la guérison fut spontanée.

Les symptômes caractéristiques de l'occlusion intestinale apparaissent le plus souvent dans les 10 premiers jours qui suivent l'opération,

mais peuvent apparaître beaucoup plus tard (1 cas de 6 ans). Les causes de l'occlusion sont le plus souvent des adhérences cicatricielles ou inflammatoires. Très souvent aussi il s'agit d'un volvulus ou plus rarement de compression. Sauf de rares exceptions la marche est aiguë et rapide. On peut essayer le traitement médical (dans une observation on obtint la guérison), mais c'est à la laparatomie secondaire qu'il faudra recourir et qui seule peut permettre de sauver la malade. F. VERCHÈRE.

I. — The surgical treatment of uterine myoma, par Lawson TAIT (*Brit. med. journal, p.* 1005, 1er *novembre* 1890).

II. — A case of ligature... (Ligature des annexes utérines dans un cas de fibromyome), par Michael BEVERLEY (*Brit. med. j., p.* 1008, 1er *novembre* 1890).

III. — A new operation for uterine myomata, par G. R. FOWLER (*N. York med. journ., p.* 629, 7 *juin* 1890).

I. — L. Tait donne trois séries de statistiques des opérations d'ablation des ovaires et des trompes pour des myomes utérins. La première, antérieure à 1884, comprend 50 cas avec 2 morts; la seconde, 219 cas avec 4 morts; la troisième, 327 cas avec 6 morts. C'est donc une proportion de 1.8 0/0 de mortalité; somme toute, une opération bénigne.

Le point intéressant de la communication actuelle, est la relation qui existe entre l'opération et la menstruation consécutive. Celle-ci, comme on le sait, persiste souvent après l'ablation de l'ovaire. Pour Tait, c'est moins la distinction de l'ovaire et même de la trompe qui est importante que celle d'un nerf qui passe entre la trompe et le ligament rond de l'utérus, et qui paraît tenir sous sa dépendance la périodicité de la fonction menstruelle. H. R.

II. — Dans le cas de Beverley, l'opération de Lawson Tait ne put être faite en raison des adhérences qui réunissaient l'ovaire aux intestins et rendaient son ablation très périlleuse. L'auteur se borna à tirer l'utérus de façon à faire saillir le fond, à faire une ligature serrée au niveau de l'insertion de la trompe, et à sectionner les deux trompes entre deux ligatures. Guérison complète, sans aucun incident. H. R.

III. — Dans 4 cas, l'auteur a traité 4 myomes utérins par un nouveau procédé : la cautérisation (mortification) intracapsulaire, après la laparatomie. Il a été amené à la découverte de cette méthode par une circonstance fortuite :

Une fille de 31 ans, ayant un myome utérin volumineux, l'auteur s'était décidé à pratiquer l'extirpation des annexes; or, la laparotomie étant faite, il s'aperçut que les adhérences péritonéales l'empêchaient d'atteindre les ovaires et les trompes; pendant la recherche, il blessa la tumeur qui fournit du sang, et pour arrêter l'hémorragie, il dut employer le thermocautère, qu'il plongea dans le myome, puis il fit un pansement à l'iodoforme. Or, le processus de mortification ainsi commencé ne cessa qu'après complète décortication de la tumeur; les eschares étaient extraites au fur et à mesure par l'ouverture abdominale. Irrigations antiseptiques fréquentes.

Au bout de six semaines, l'élimination était achevée et la plaie guérie.

Un an plus tard, l'auteur constate l'absence de récidive; l'état général de l'opérée était satisfaisant.

Ce succès inespéré conduisit l'auteur à l'application intentionnelle du procédé dans 3 cas :

1° Fille de 33 ans, portant un fibro-myome utérin qui monte à 2 pouces de

l'ombilic, absolument immobile, de sorte que l'hystérectomie paraît impossible. Incision de 5 pouces sur la ligne médiane; suture de la capsule aux lèvres de la plaie abdominale. Le troisième jour, les adhérences étant solides, cautérisation au Paquelin sur une longueur de 2 pouces, pansement antiseptique. La mortification de la tumeur s'établit au bout de quarante-huit heures, et progresse sans interruption jusqu'à décortication totale. Les masses séparées de la capsule sont extirpées en plusieurs séances sous forme d'eschares; leur poids atteint 2 livres et demie. Pas de complication, pas d'hémorragie. La cure totale dure quatorze semaines. Au niveau de la cicatrice, on voit la paroi abdominale déprimée, et l'on constate la fixation de l'utérus en ce point. État général satisfaisant.

2° Même traitement appliqué à un cysto-fibrome volumineux. L'opérée est en bonne voie.

3° Fibrome utérin traité sans succès par la méthode d'Apostoli, et atteignant l'ombilic, chez une femme de 38 ans. Cette tumeur a diminué d'abord d'un tiers, puis elle a dépassé son volume primitif. Les applications électriques ont causé de graves désordres cardiaques. L'élimination des eschares s'effectue actuellement d'une façon satisfaisante. L. GALLIARD.

De la cystopéxie, opération autoplastique nouvelle, destinée à remédier à la cystocèle vaginale, par TUFFIER (*Ann. de gyn., juillet* 1890).

De nombreuses expériences chez les chiennes, l'auteur conclut qu'on peut fixer la paroi latérale postéro-inférieure de la vessie à la paroi abdominale sans nuire à l'excrétion urinaire, sans compromettre cette excrétion par une coudure exagérée des uretères à leur entrée dans la vessie.

Après avoir résolu ces problèmes à l'aide de l'expérimentation, il s'est décidé à pratiquer l'opération qu'il désigne sous le nom de cystopexie chez une femme atteinte de cystocèle vaginale. La première opération remonte à 14 mois; la seconde est trop récente pour qu'on puisse affirmer que le succès opératoire immédiat se maintiendra par la suite comme il a été obtenu dans le premier cas. PORAK.

Untersuch. üb. d. Hämoglobingehalt d. Blutes in d. letzen Monaten d. Gravidität u. im Wochenbette (Recherches sur le contenu du sang en hémoglobine pendant les derniers mois de la grossesse et après l'accouchement), par DUBNER (*Münch. med. Woch., n.* 30, 31, 32, *juillet-août* 1890).

Chez les femmes saines, non enceintes, le nombre des globules est de 5,219,000. Le contenu en hémoglobine atteint 94 0/0 en moyenne.

Chez les femmes enceintes, dans le plus grand nombre des cas, le contenu en hémoglobine et le nombre des globules sont diminués.

Pendant les premiers jours après l'accouchement, le contenu en hémoglobine et le nombre des globules rouges diminuent encore, d'autant plus que la femme est plus faible et que l'hémorragie a été plus abondante.

Le contenu en hémoglobine et le nombre des globules augmentent ensuite très rapidement, si bien que huit jours après l'accouchement les chiffres sont revenus à la normale.

Pendant le travail, le pouvoir colorant du sang augmente par suite de la transpiration. P. TISSIER.

Reciprocal effects of pregnancy and parturition upon the operation of shortening the round ligaments of the uterus, par ALEXANDER (*Lancet, vol. II, p.* 236, 1890).

La grossesse survient fréquemment chez les malades qui ont subi l'opération d'Alexander. Son évolution et sa terminaison sont d'ordinaire normales. Quand l'opération a été faite pour de simples déviations de l'utérus en arrière, les grossesses et les accouchements qui la suivent sont rarement une cause de rechute. Quand, au contraire, il y avait en même temps prolapsus, le maintien du résultat obtenu dépend beaucoup de l'intégrité du périnée au cours de l'accouchement. Dans la grossesse, la distension exercée sur les ligaments ronds est moins grande qu'on ne le croit d'ordinaire ; le développement de l'utérus vers l'abdomen reste subordonné à la résistance de ces ligaments ; la tension qu'ils subissent est corrigée par la régression qui suit l'accouchement. Alexander rapporte 7 observations de grossesses survenues après cette opération. Dans 6, la correction se maintint. Dans la septième, où la déviation se compliquait de prolapsus, le périnée fut déchiré au moment de l'accouchement et non suturé. Le prolapsus se reproduisit, mais il suffit d'un pessaire en anneau pour soulager la malade. A.-F. PLICQUE.

Exfoliation totale de la vessie chez la femme, par HAULTAIN (*Edinburgh med. journal, p.* 1122, *juin* 1890).

Mme M..., âgée de 26 ans, fut admise le 10 avril 1887 à l'infirmerie royale se plaignant d'incontinence d'urine s'accompagnant de douleur vive de la région inférieure de l'abdomen. Ces symptômes duraient depuis 1 mois. Elle se supposait enceinte de 4 mois. En l'examinant, on trouva une rétroflexion avec incarcération d'un utérus gravide avec rétention d'urine. Par le cathétérisme, on retira 100 onces d'urine claire mais très foncée ; la tumeur disparut. Assez difficilement l'utérus fut replacé dans sa position normale. Malheureusement la manœuvre nécessitée pour obtenir ce résultat détermina un avortement qui survint le lendemain.

A l'exception de l'incontinence d'urine qui avait disparu, la malade sortit avec les mêmes symptômes le 17 mai ; le traitement avait consisté à faire des lavages de la vessie. Huit jours après, elle rentrait se plaignant des mêmes symptômes, mais de plus présentant à la vulve une masse membraneuse qui, à l'inspection, semblait sortir de l'urètre et déterminait la rétention. On put passer un cathéter le long de la tumeur et vider la vessie, puis par de légères tractions enlever la vessie. Au mois d'août la malade sortait guérie, sans que la convalescence ait été troublée. Revue 18 mois après, elle était en parfaite santé.

La masse enlevée, examinée avec soin, était constituée par la vessie elle-même avec ses 3 parois, muqueuse, musculaire à fibres transversales, musculaire à fibres longitudinales. En fait, ce n'était ni plus ni moins que la paroi entière de la vessie en état de nécrose, à laquelle même en un point se trouvait adhérente une portion de la tunique péritonéale.

L'auteur rapporte à la suite de ce fait ceux qui ont été précédemment publiés et admet l'exfoliation totale.

Sur 33 observations rapportées il n'y eut que huit cas de mort. Dans tous, la mort survint par épuisement, sauf un cas dû à l'infiltration d'urine. Les suites de l'accident sont souvent l'incontinence d'urine. Lorsque le sphincter urétral a été respecté, la malade peut retenir ses

urines, et dans les cas où la muqueuse et la sous-muqueuse seules ont été éliminées, la vessie conserve son pouvoir comme réservoir et comme émissaire de l'urine. F. VERCHÈRE.

Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide, par FAIVRE (*Thèse de Paris*, 1890).

Quoique, dans les observations publiées, on signale assez souvent le prolapsus complet de l'utérus gravide, cette variété de la chute de l'utérus n'existe très probablement pas.

Cet accident peut se produire pendant la grossesse et pendant l'accouchement. Pendant le travail, la résistance du col, l'ampleur du bassin, la vigueur des contractions abdominales semblent posséder une importance toute particulière dans la production de cette anomalie. Toutes les causes de prolapsus en dehors de la grossesse, l'existence même de la chute de l'utérus non gravide jouent un grand rôle dans son étiologie.

Dans 5 cas seulement, le col affleurait la vulve ; dans 12 cas, il la dépassait en présentant alors un œdème tout à fait remarquable ; 59 fois non seulement le col, mais le corps de l'utérus faisaient une saillie hors de l'orifice vulvaire. Dans le dernier degré, le prolapsus a pu constituer une tumeur volumineuse pouvant avoir 35 centimètres de longueur, à travers laquelle on sentait la tête et le tronc du fœtus. Cette tumeur présentait des ulcérations, des callosités ou des cicatrices.

Le prolapsus est tantôt réductible, tantôt irréductible. Il n'est pas aussi souvent la cause de l'interruption de la grossesse qu'on pourrait le croire : car, sur 88 cas, elle n'a été observée que 16 fois, et très souvent au sixième mois, qui semble être le moment critique au point de vue du pronostic de la marche de la grossesse.

Le sort de l'enfant n'est pas seulement compromis par son expulsion avant terme, mais il l'est encore au moment de l'accouchement. 32 fois seulement ils sont nés vivants, 20 fois ils ont succombé, 17 fois pendant le travail, 3 fois avant que celui-ci ait débuté.

Quoique les contractions utérines soient de bonne nature, le travail est ordinairement très long, à cause de la résistance du col de l'utérus, de l'inefficacité des contractions abdominales, de l'absence de la formation d'une poche des eaux. PORAK.

De la durée de la délivrance chez les primipares et chez les multipares, par MURRAY (*Thèse de Paris*, 1890).

Des nombreuses statistiques établies dans cette thèse, à retenir ce fait qu'en général le décollement du placenta et son apparition au niveau du col surviennent plus tardivement chez les multipares que chez les primipares. PORAK.

Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne comme cause de dystocie, par COUDÈRE (*Thèse de Paris*, 1890).

Ce travail repose sur l'analyse de 29 observations. — L'hydramnios complique très fréquemment les tumeurs et constitue la cause probable de l'accouchement prématuré, constaté 6 fois. Les mauvaises présentations sont certainement un peu plus communes que normalement (4/29). La tumeur elle-même constitue assez rarement un obstacle sérieux au

travail, quoiqu'il existe plusieurs observations dans lesquelles on note que la terminaison de l'accouchement n'a pu être obtenue que grâce à la séparation de la tumeur.

Le pronostic, assez peu grave pour la mère, est très sérieux pour l'enfant; 12 fois seulement l'enfant respirait au moment de la naissance, mais 9 fois il succomba dans la première journée. Les 3 fois où l'enfant survécut, on fit l'ablation de la tumeur. L'auteur pense donc qu'il faudra toujours recourir à cette intervention opératoire lorsque l'enfant sera jugé capable de pouvoir la supporter. PORAK.

Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe du col de l'utérus, par JENTZER (*Arch. de tocol., mai* 1890).

Femme de 22 ans, primipare, toujours bien portante jusqu'à ce jour, à terme, présente un travail qui se prolonge du 25 octobre 1889, à deux heures du matin, jusqu'au 27 octobre à sept heures du matin. A ce moment, la tête fait issue hors de la vulve, coiffée par le col et le segment inférieur de l'utérus. On trouve en arrière de la tumeur un orifice étroit, à travers lequel on pourrait introduire une épingle. Débridement de l'orifice transversal ouverture de la poche des eaux, extraction manuelle d'un fœtus mort depuis quelques heures. Enfant pesant 2,600 grammes; délivrance artificielle. Couches normales.

L'auteur connaît peu d'observations analogues. Il note celle de Martin le jeune (*Mémoires de médecine*, Paris, 1835) et celle de Latz (*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 35; 1870), celle d'A. Kleinwächter (*Grundriss der Geburt.*, p. 319; 1881). PORAK.

Considérations obstétricales sur le sacrum de six vertèbres, par TRACHET (*Arch. de tocol., mars* 1890).

Cette anomalie, très commune chez l'homme, où on la rencontre dans la moitié des cas, est moins fréquente chez la femme où, sur 53 cas, on l'a signalée 13 fois.

Le sacrum de 6 vertèbres augmente la longueur et la largeur du bassin. Il mesure, chez l'homme, 11^{cm},42 au lieu de 10, différence encore plus accusée chez la femme, où l'os mesure 11^{cm},57 au lieu de 9^{cm},9.

L'angle sacro-vertébral se trouve tantôt à l'union de la 1re et de la 2e vertèbre sacrée, tantôt à l'union de la 1re vertèbre sacrée avec la dernière lombaire. Ce dernier cas se rencontre le plus souvent, et alors on trouve à l'union des deux premières vertèbres sacrées un faux promontoire, qu'on reconnaît d'ailleurs à ses caractères.

Le promontoire, siégeant à sa situation la plus commune, dans les bassins à sacrum de 6 vertèbres, est situé plus haut, au-dessus de l'aire du détroit supérieur; celui-ci est plus incliné, l'excavation pelvienne est plus profonde.

Ces anomalies, peu importantes au point de vue de la dystocie, lorsqu'elles constituent le seul vice de conformation, méritent cependant d'attirer sérieusement l'attention lorsqu'elles compliquent d'autres altérations dans la forme du bassin. PORAK.

Technique de l'accouchement provoqué, par H. TREUB (*Arch. de tocol., juin-juillet* 1890).

Après avoir fait la critique des divers procédés employés pour provo-

quer le travail, l'auteur fait connaître, avec vingt observations à l'appui, un procédé qui lui a réussi plusieurs fois.

L'instrument dont il se sert se compose d'un condom qui est fixé sur une sonde du n° 10 de la filière Charrière, à 12 ou 15 centimètres de son extrémité. Sur l'extrémité libre de la sonde, on insinue une sonde en caoutchouc rouge. Tout cet appareil est insinué dans une autre sonde en celluloïde plus large et à laquelle on a donné une courbure convenable. On introduit le tout dans la cavité utérine. — En injectant de l'eau par la sonde en caoutchouc rouge, on gonfle le condom qui sort du tube en celluloïde et reste retenu dans l'utérus où, par son volume, il possède un pouvoir beaucoup plus excitant que celui du procédé de Krause, le plus généralement employé. PORAK.

Beitrag zur Ausführung der Wendung durch äussere Handgriffe allein (Nouveau procédé de version externe), par Wilhelm SCHRADER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 387, 28 *avril* 1890).

Pour pratiquer la version par manœuvres externes, Schrader recourt à un procédé dont voici les points fondamentaux :

1° N'employer qu'une seule main, sauf dans les cas exceptionnels mentionnés plus bas. Quand on fait les manœuvres avec les deux mains, l'opérateur, surtout s'il est novice, ne peut concentrer son attention qui est forcément répartie; ses manœuvres sont donc moins précises. En outre, les deux mains appliquées en des points différents dépriment forcément moins les parois utérines et exercent des efforts moins vigoureux sur l'extrémité fœtale qu'il s'agit de déplacer.

2° Choisir toujours la nuque comme point d'appui de la main qui effectue la version, au lieu du crâne. De cette façon, on est plus sûr de rapprocher la tête fœtale du thorax, d'infléchir fortement le rachis et, partant, de raccourcir l'axe du fœtus.

3° Avec la main, on ne doit pas pousser, mais seulement presser. La manœuvre des doigts peut se comparer à celle que nécessite l'exécution de gammes sur un piano, dans laquelle les doigts changent et se relayent incessamment. De même ici, sans abandonner la nuque, la main doit glisser sur les parois abdominales d'une façon continue. On évite ainsi les tiraillements si gênants des parois, puisque ce sont toujours de nouvelles parties qui se trouvent sous la main de l'opérateur. On commence à appliquer l'index et le médius par leur bord radial, car la pression avec deux doigts est moins douloureuse. Dès que les parois semblent se tendre, on substitue l'annulaire au médius et ensuite le pouce.

4° Les pressions doivent être dirigées non dans le sens du trajet que la tête fœtale doit suivre, mais vers la ligne blanche, sinon l'occiput échappe à la main.

On essaye d'abord la version dans le décubitus dorsal, et si cela ne suffit pas, on fait coucher la femme sur le côté. Schrader ne se sert des deux mains que quand la tête, fortement en arrière, n'est pas suffisamment accessible même dans le décubitus latéral. Alors seulement il applique la seconde main sur l'autre extrémité fœtale pour la refouler fortement en arrière.

En général l'intervalle de deux douleurs est suffisant pour effectuer la version.

Schrader a employé ce procédé depuis des années aussi bien dans son enseignement aux sages-femmes que dans sa clientèle; il n'a échoué qu'une fois sur un fœtus dont la tête était difforme et qui avait un torticolis.

Deux femmes, sur lesquelles de nombreuses élèves sages-femmes s'étaient exercées à pratiquer la version par manœuvres externes, ont accouché, dans la quinzaine suivante, de fœtus macérés, par suite de la torsion du cordon ombilical. Schrader se demande s'il n'y a pas là un moyen tout trouvé de tuer le fœtus dans les cas de rétrécissements pelviens où il est impossible de recourir à l'accouchement prématuré. (*R. S. M.*, XI, 595; XIV, 196; XVII, 634, et XXXIII, 150.) J. B.

Essai sur la version bipolaire, par LASKINE (*Thèse de Paris*, 1890).

Bien que le version bipolaire ait été décrite par Wigan, qui disait la tenir lui-même de Froriep, c'est bien à Braxton Hicks qu'il faut rapporter le mérite d'avoir bien décrit son manuel opératoire et d'avoir nettement établi ses indications.

La présentation de la face et du front est, suivant l'auteur, beaucoup plus grave qu'on ne l'admet dans les ouvrages classiques. Dans certaines conditions déterminées, elle légitime l'emploi de la version bipolaire.

Cette intervention se trouve surtout souvent justifiée par la procidence du cordon, par l'insertion vicieuse du placenta et par la présentation de l'épaule.

Ses indications dans l'accouchement prématuré et dans les rétrécissements du bassin sont beaucoup plus difficiles à fixer. PORAK.

Ueber das Einpressen des Kindkopfes in das enge Becken (De l'expression de la tête fœtale dans les rétrécissements du bassin), par M. MURET (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 381, *et n°* 18, *p.* 408 28 *avril et* 5 *mai* 1890).

Muret a employé avec avantage dans cinq cas de rétrécissement du bassin (dont 3 observations détaillées) la méthode d'expression de la tête fœtale due à Hofmeier (*R. S. M.*, XX, 202). Les manœuvres toutes externes consistent à saisir avec une main la tête mobile, mais non encore engagée dans le détroit supérieur, et à lui faire franchir le point rétréci au moyen d'une pression vigoureuse. Ensuite on laisse faire la nature ou l'on applique le forceps, ce qui devient facile.

S'étant convaincu de la commodité et de l'innocuité de cette méthode, que Hofmeier réservait aux cas de distension du col ou de faiblesse des contractions utérines, Muret veut en étendre les indications à tous les cas de disproportion entre le bassin et la tête fœtale, à la double condition que le col soit effacé et que la conformation du crâne soit effectuée. Bien entendu, on ne pratique l'expression qu'une fois la poche des eaux rompue et la femme étant chloroformée. J. B.

Rupture de l'utérus avec passage d'une partie du fœtus dans le péritoine, etc., par GUÉNIOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 *août* 1890).

Femme de 32 ans, multipare, arrivée à terme, en travail depuis cinq heures. Tentative infructueuse de version. Arrêt brusque des douleurs pen-

dant son transport à la Maternité. On constate les signes d'une rupture de l'utérus, et on procède à la version.

La main gauche ayant été introduite rencontre sur le côté droit du segment inférieur de l'utérus, immédiatement au-dessous de l'anneau de contraction, une large déchirure, à travers laquelle le fœtus se trouvait fortement engagé. Dans cette manœuvre, le ligament rond et le bord inférieur du foie sont nettement reconnus. Du sang noir, comme sirupeux, s'écoule des régions profondes. La version, rapidement faite, amène un enfant mort du poids de 2,900 grammes. Une nouvelle exploration fait voir que le placenta est encore dans l'utérus, mais bientôt il est expulsé par ce dernier, jusque dans la cavité abdominale, d'où la nécessité d'une nouvelle introduction de la main dans le péritoine; c'est à ce moment que le foie est perçu. Après la délivrance, injections antiseptiques, tampon de glycérine iodoformée dans le vagin, immobilité, glace sur le ventre; leur usage est continué quelques jours.

Chute de la fièvre du début au bout de cinq jours et guérison en trois semaines. OZENNE.

I. — On the treatment of rupture of the uterus, par Berry HART (*Edinburg med. j., p.* 35, *juillet* 1890).

II. — Rupture of the uterus, par LUSK (*N.* [*York med. j., p.* 281, 14 *septembre* 1889).

I. — Hart rapporte 5 cas de rupture utérine, tous les 5 suivis de mort. Le 5e cas était une multipare avec présentation du coude. Le fœtus était placé très haut dans l'abdomen et l'utérus vide. L'intestin faisait hernie dans l'utérus, et toute tentative d'extraire le fœtus par les voies naturelles fut rejetée. La paroi abdominale fut incisée, l'utérus extrait et une forte ligature passée autour du col; on fit l'hystérectomie. La cavité péritonéale fut fermée au niveau du vagin par une suture du péritoine. Le moignon utérin fut traité selon les règles ordinaires.

Hart conclut que, dans les cas où l'enfant est en partie dans les voies génitales, il faut en faire l'extraction si possible, sans faire de traction sur l'utérus, et cette manœuvre est plus facilement exécutée en faisant soit la décapitation, soit la crâniectomie. Si la rupture n'est pas trop étendue, on pourra se contenter de tamponner avec de la gaze iodoformée après des irrigations. Quand la rupture est vaste et l'enfant sorti dans la cavité péritonéale, l'amputation totale de l'utérus est le seul traitement possible. F. VERCHÈRE.

II. — Dans ce cas, la rupture spontanée de l'utérus pendant le travail a été la conséquence de la rigidité du col, provenant elle-même de cicatrices anciennes.

Femme de 33 ans, ayant des douleurs depuis trente heures et très affaiblie; elle a des contractions fréquentes, les membranes sont rompues, mais la dilatation du col est nulle. L'auteur atteint avec le doigt l'orifice interne et constate qu'il y a là des cicatrices résistantes. Voyant le danger, il décide l'opération césarienne. Quant tout est prêt, la parturiente s'effraye, demande du répit; elle ne veut pas se laisser opérer. Elle dit qu'elle a besoin d'uriner, se fait donner le bassin et pousse violemment malgré les avertissements de l'accoucheur. Subitement elle perd connaissance et meurt au bout de deux heures.

Autopsie. La rupture s'étend obliquement de la partie antérieure du col à droite du fond de l'utérus. La paroi de l'utérus a 1 centimètre d'épaisseur. Il y a du sang dans la cavité abdominale. L. GALLIARD.

Uterine inertia following ovariotomy, par CANE (*Lancet, vol. II, p.* 145, 1890).

L'observation de Cane est intéressante au point de vue de la théorie ovarienne du travail de l'accouchement. Une femme de 32 ans, ayant eu déjà quatre enfants, dut subir l'ovariotomie au cours d'une cinquième grossesse. L'accouchement, cette fois encore, s'effectua normalement quatre mois après l'opération. Mais deux autres grossesses survenues, l'une huit ans, l'autre cinq ans après, se compliquèrent, au moment du travail, d'inertie utérine et exigèrent l'application du forceps. L'ovariotomie n'avait cependant porté que sur un seul ovaire. A.-F. PLICQUE.

I. — A case in which... (Grossesse tubaire chez une femme opérée préalablement pour une première rupture tubaire), par Ern. HERMAN (*Brit. med. j., p.* 722, *septembre* 1890).

II. — Wiederholte Tubenschwangerschaft (Grossesse tubaire récidivante), par FROMMEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 494, 1890).

III. — Treatment of ectopic pregnancy (Traitement de la grossesse extra-utérine), par WATHEN (*N. York med. journ.*, *p.* 288, 15 *mars* 1890).

IV. — Two recent cases of tubal pregnancy (Deux grossesses tubaires), par W. D. HAMILTON (*Ibidem*, *p.* 143, 8 *février* 1890).

I. —Femme de 31 ans, opérée en janvier 1887 pour une hématocèle tubaire : la trompe droite fut à ce moment enlevée. En février 1889, suspension des règles et symptômes de malaise qui font penser à une grossesse. Le 10 mai, légère hémorragie vaginale. On trouve, au toucher, l'utérus normal et mobile ; à gauche et en arrière est une tumeur grosse comme l'utérus et se déplaçant avec lui. On diagnostique une seconde grossesse tubaire.

Laparotomie, ligature du ligament large et de la trompe, extirpation de celle-ci et de l'ovaire gauche. Comme on l'avait supposé, elle contenait un fœtus de trois mois et un placenta tomenteux. Guérison sans incident.

L. Tait rapporte un fait du même genre, mais terminé par la mort. H. R.

II. — L'auteur a pratiqué, en 1883, chez une femme de 33 ans, la laparotomie pour une grossesse développée dans la trompe droite. Comme il y avait des signes de mortification, il fixa la poche par des ligatures à l'angle inférieur de la plaie, et au bout de quatorze jours le placenta fut éliminé. La guérison fut rapide.

Or, quatre ans plus tard, en mai 1887, la femme ayant eu un arrêt de règles depuis deux mois et ayant accusé de vives douleurs au côté gauche de l'abdomen, tomba brusquement dans la rue ; collapsus, pâleur extrême du visage, absence de pouls, symptômes d'hémorragie interne. Le médecin constata le lendemain une tumeur molle qui remplissait le bassin et refoulait l'utérus en avant et en haut.

Quatre semaines plus tard, nouveaux symptômes d'hémorragie interne et accroissement de la tumeur. L'auteur examine alors la malade et fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ayant pour point de départ une grossesse tubaire gauche. L. GALLIARD.

III. — Vathen a opéré avec succès une grossesse extra-utérine de trois mois et demi, primitivement tubaire.

Femme de 32 ans, mariée depuis douze ans, sans enfant. L'auteur l'examine et fait le diagnostic ; il n'y a pas de signes de rupture de la trompe, mais il y a des douleurs vives spontanément et à la pression, de sorte que l'intervention paraît nécessaire.

Le fœtus est dans l'épaisseur du ligament large droit ; la poche est adhé-

rente à l'utérus et à la paroi du bassin. On dissèque la poche fœtale, qu'on extirpe. Double ligature, excision des membranes. On laisse un drain pendant huit jours.

L'opérée a de la diarrhée à deux reprises. On constate une hématocèle dans le ligament large du côté gauche, avec saillie dans la cavité de Douglas. Cette hématocèle finit par suppurer et s'ouvre dans le rectum. L'opérée guérit.

L'examen de la pièce montre que l'embryon s'est développé d'abord dans le tiers externe de la trompe, qui s'est rompue, et après la rupture l'œuf a continué son évolution entre les feuillets du ligament large. L. GALLIARD.

IV. — Dans ces deux cas de grossesse tubaire rompue, l'opération a été faite longtemps après l'époque de la rupture.

1° — Femme de 34 ans, mère de 3 enfants, ayant eu sa dernière époque du 10 au 15 août. Le 1er octobre, douleur vive à l'abdomen, collapsus, refroidissement des extrémités. L'examen local fait penser à une grossesse tubaire. Le 2 octobre expulsion d'une caduque utérine ; l'utérus est vide.

Persistance des douleurs pendant tout le mois. Le 28 octobre, accès semblable au premier. On trouve à droite de l'utérus une tumeur deux fois grosse comme le poing. Le 30, laparotomie ; grande quantité de sang liquide ou coagulé dans la cavité péritonéale. On extirpe le ligament large du côté gauche et on trouve dans la trompe rompue un embryon long d'un pouce et quart et du tissu placentaire. Guérison complète en quatre semaines.

2° — Femme de 29 ans, mère de 3 enfants, mal réglée. Les dernières menstrues ayant eu lieu le 2 novembre, elle éprouve le 14 novembre une douleur intense au ventre, et le 15 elle perd du sang. Le 24, douleurs atroces, et à partir de ce jour écoulement sanieux par le vagin. Nouvel accès le 8 décembre ; prostration, collapsus, extrémités froides. On diagnostique une grossesse tubaire rompue. Opération le jour même. La cavité péritonéale est remplie de sang. Tumeur grosse comme un citron ; dans la trompe rompue on ne trouve que du tissu placentaire. Extirpation de la tumeur, lavage à l'eau chaude. Le drain est enlevé le 4e jour. L'opérée part guérie le 5 janvier. L. GALLIARD.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie, par BROCQ (1 *vol.*, *Paris*, 1890).

Le titre de ce volume indique un ouvrage essentiellement pratique, s'adressant à la grande masse des médecins. Mais il n'est pas douteux qu'il ne rende des services aux spécialistes eux-mêmes, qui trouveront dans cette œuvre un résumé complet de nos connaissances en dermatologie. L'anatomie pathologique seule manque pour constituer un traité d'ensemble. L'auteur, avec raison, a préféré s'étendre davantage sur la thérapeutique qui rendra plus de services aux lecteurs.

Dans un premier chapitre intitulé Lésions élémentaires, on trouve un exposé rapide du vocabulaire dermatologique. Il adopte l'ordre alphabétique pour l'énumération des maladies dont il donne le traitement ; l'ou-

vrage a ainsi la forme d'un dictionnaire clinique et thérapeutique des maladies de la peau. Les chapitres les plus importants sont très développés.

Après avoir énuméré, à peu près sans critique, les diverses médications employées, il place à la fin de chaque article, sous l'étiquette de « Marche à suivre », un résumé qui permet de se guider au milieu du dédale des méthodes préconisées. Brocq n'a pas craint de multiplier les formules, et en cela il a eu raison, car elles donnent l'idée des combinaisons multiples que nécessite parfois l'emploi des médications cutanées.

Le bel ouvrage de Brocq comble une lacune importante dans la littérature dermatologique; aussi est-il appelé à un légitime succès, non seulement dans notre pays, mais encore à l'étranger. F. BALZER.

Vaccine-Exantheme, par **Malcolm MORRIS** (*Monatsh. für prakt. Dermatologie*, *XI*, *n°* 7).

L'auteur classe ainsi qu'il suit ces exanthèmes :

1er groupe. Eruption provenant d'éruptions vaccinales pures : A. Inoculations locales secondaires de virus vaccin. — B. Eruptions qui surviennent les trois premiers jours, avant le développement des boutons de vaccin : urticaire, érythème polymorphe, éruptions vésiculeuses et bulleuses. L'auteur les rapporte à des troubles réflexes de l'innervation; elles surviennent trop tôt pour que l'on puisse les attribuer à la résorption du virus (?). — C. Exanthèmes se développant après la formation des vésicules, sous l'influence de la résorption du virus : ils peuvent offrir tous les caractères des boutons de vaccin; d'autres fois, il se développe des taches de purpura. — D. Eruptions consécutives à l'inoculation : elles sont analogues à celles qui se manifestent à la suite des fièvres exanthématiques; il s'agit le plus souvent d'un eczéma ou d'une urticaire, quelquefois d'un psoriasis ou d'un pemphigus.

2e groupe. — Eruptions produites par une infection mixte : — A. Eruptions contemporaines de la vaccination; elles peuvent être locales ou constitutionnelles; la vaccination, pratiquée avec un liquide impur, transmet, en même temps que le vaccin, une autre maladie, telle qu'un impétigo, une dermatite souvent érysipélateuse ou un érythème; parmi les maladies générales, celle qui est le plus souvent transmise dans ces conditions est la syphilis; deux observations de Daubler semblent prouver que la lèpre peut être également communiquée par la vaccination avec un liquide provenant d'un sujet contaminé. — B. Eruptions survenant tardivement, consécutivement à l'éruption vaccinale : ce sont l'érysipèle, le phlegmon, des furoncles, des gangrènes et, très rarement, de la pyémie. H. HALLOPEAU.

Relapsing desquamative scarlatiniform erythema, par **ELLIOT** (*N. York med. journ.*, *p.* 29, 11 *janvier* 1890).

L'auteur a observé l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant chez une femme de 39 ans qui a eu sa première éruption au mois de février 1885. L'érythème a reparu au mois de juillet et de septembre de la même année, puis trois fois en 1887, trois fois en 1888, cinq fois en 1889. Dans tous ces cas (sauf les deux derniers), l'éruption précédait immédiatement les règles;

deux fois elle s'est montrée peu de jours après la cessation subite du flux menstruel. Elle était précédée de frissons, de malaise, d'agitation ; elle durait au plus trois jours ; la desquamation commençait parfois dès le début, plus souvent après la disparition de l'éruption, et durait trois ou quatre semaines.

A la suite de l'accès du mois de mars 1889, desquamation peu abondante ; larges squames aux pieds et aux mains. Rien à la face.

Le 8 juillet l'auteur constate, à la suite des prodromes habituels, une rougeur qui, ayant débuté sur le thorax, s'étend rapidement à tout le corps, sauf à la face; langue chargée; pas d'albumine. On voit que l'éruption se compose primitivement d'élevures ponctuées dont la réunion forme les plaques. Pas de tuméfaction, pas de miliaire. La rougeur ne persiste que vingt-quatre heures. La desquamation débute au bout de cinq jours, d'abord à la poitrine et aux bras, puis, deux jours après, aux régions inférieures. Elle dure trois semaines.

Dernière éruption observée le 10 septembre, avec les mêmes caractères que les précédentes. A la suite, la malade devient mélancolique, néglige sa maison, refuse de travailler ; au mois d'octobre, elle a un véritable accès de manie hystérique. Pas de renseignements depuis cette époque. L. GALLIARD.

Acute Chininvergiftung mit scharlachähnlichem Exanthem (Empoisonnement par la quinine, exanthème scarlatiniforme), par ROSENBUSCH (*Wien. med. Presse n° 15, p.* 571, 1890).

Un phtisique âgé de 33 ans, déjà traité par l'opium et l'antifébrine, prend un jour, à 3 heures après-midi, 1 gramme de sulfate de quinine. Immédiatement après, frissons, bourdonnements d'oreille, céphalée, palpitations, vomissements, rougeur de la face. Au bout d'une heure, T. 39,7. P. 158; prostration, langue sèche. Eruption scarlatiniforme avec prédominance au cou, à la face interne des cuisses; en regardant de près, on voit que l'exanthème est constitué par une infinité de petites taches rouges confluentes. Agitation, délire la nuit. Le second jour, T. 36,5, P. 108. L'éruption a pâli ; nombreux sudamina, langue chargée, rouge à la pointe.

Le troisième jour, disparition de l'éruption et des accidents concomitants. Pas de desquamation consécutive. L. GALLIARD.

Un cas de dermatite exfoliatrice primitive, généralisée, subaiguë. Recherches bactériologiques, par HAUSHALTER (*Revue médicale de l'Est, n°s* 17 *et* 18, 1890).

Dans le liquide de vésicules et dans le sang provenant d'un cas de dermatite exfoliatrice primitive subaiguë, Haushalter a trouvé des microbes qui, après coloration, présentaient les caractères suivants : microcoques arrondis de 1 μ environ, isolés, en points doubles, en courtes chaînettes ou en petits amas; quelques-uns sont inclus dans les globules blancs. Sur la gélose, ils donnent des colonies d'un blanc grisâtre, un peu surélevées, brillantes, à bords légèrement arrondis. Sur la gélatine, les cultures se développent peu à basse température ; entre 20 et 25°, le développement est plus actif et la gélatine est liquéfiée. Sur la pomme de terre, la croissance est rapide.

Pathogène pour le lapin, qui succombe au bout de deux jours après inoculation de cultures fraîches, ce microorganisme perd rapidement cette propriété. Il est peu pyogène.

Il serait assez analogue au staphylococcus pyogenes albus dont il diffère par son faible pouvoir pyogène, le peu de durée de son pouvoir pathogène, et la rapidité avec laquelle il liquéfie la gélatine à 20°. LEFLAIVE.

Maculae caeruleae und andere durch Pediculi Pubis hervorgebrachte Symptome, par J. F. PAYNE (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, XI, n° 9*).

L'auteur admet, avec Jamieson, que, dans les cas de pediculi pubis avec taches bleues, le prurit fait défaut; il est probable que la matière colorante a la propriété d'émousser la sensibilité; celle de la peau ne présente pas cependant de modification appréciable; l'auteur tend à croire que ce trouble, si tant est qu'il existe, siège plutôt dans les centres nerveux. D'après Jamieson, l'action des pediculi sur la peau donne lieu parfois à une hyperthermie; dans un fait observé par l'auteur, il existait un mouvement fébrile auquel on ne pouvait attribuer aucune autre cause; il est peu probable qu'il s'agisse là de troubles réflexes que provoquerait l'excitation des nerfs sensitifs de la peau, d'autant que l'on n'observe rien de semblable dans la gale ni dans le prurigo; on peut admettre, au contraire, avec vraisemblance, que cette réaction fébrile est due à la résorption de substances pyrétogènes sécrétées par les parasites; les vertiges, la céphalalgie et l'état nauséeux qui se produisent concurremment sont en faveur de cette interprétation; l'action nocive de ces pediculi doit donc être rapportée à une intoxication plutôt qu'à une excitation des nerfs cutanés (?). H. HALLOPEAU.

Ueber Urticaria pigmentosa, par DOUTRELEPONT (*Archiv. f. Derm., XXII, Heft 3*).

Fillette âgée de neuf ans; pas d'antécédents pathologiques dans la famille. A l'âge de six mois, la maladie débute aux organes génitaux et à la fesse gauche, et peu à peu couvre tout le corps dans les quatre années qui suivirent. La figure fut envahie en dernier lieu, il y a trois ans. Les éléments débutaient par de la rougeur bientôt suivie de pigmentation jaunâtre, puis brunâtre avec épaississement cutané. Le soufre, le sublimé, l'acide salycilique, la résorcine, l'arsenic à l'intérieur ne donnent aucun résultat. Au moment de l'entrée, toute la figure est prise, sauf le front à gauche; le tronc et les extrémités sont envahis en grande partie. Le diagnostic, d'abord hésitant, fut confirmé par les alternatives d'affaissement et de turgescence des lésions sous l'influence du froid. La lésion primitive est constituée par des petites saillies rouges, qui se pigmentent et se recouvrent de croûtes qui tombent. La pigmentation de la peau augmente alors et persiste même après la résolution de l'infiltration du derme. Le diagnostic d'urticaria pigmentosa ne peut être douteux. F. BALZER.

Ichthyosis linearis neuropathica, par PETERSON (*Journ. of cut. and ven. dis., février* 1890).

L'auteur rapporte avec Koren un cas d'ichthyose cornée papillomateuse développée sur le bras droit sur le trajet du médian, du cubital et du radial. Cette distribution était tracée très nettement à l'avant-bras et à la main du sujet. Celui-ci était un enfant atteint accidentellement d'éclampsie. Le père est rhumatisant et cardiaque, la mère anémique est atteinte de cancer. Cette disposition doit faire rapprocher ce cas de l'observation de nœvus décrite par Bärensprung sous le nom de nœvus unius lateris, des affections décrites par Gerhardt sous le nom de Papilloma neuropathicum, et par Simon sous le nom de nœvus nervosus. L'auteur passe en revue tous les faits publiés jusqu'à ce jour. F. BALZER.

Zwei Falle von Ichthyose cornea (hystrix partialis, Nævus linearis verrucosus Unna), par L. PHILIPPSON (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, XI, n° 7*).

L'auteur appelle ichthyose cornée partielle la dermatose que d'autres

dénomment nævus verruqueux ou nerveux; deux observations personnelles, rapprochées de cinq faits déjà publiés, lui ont démontré que la distribution de l'affection cutanée suivant le trajet des nerfs de la peau ou des nerfs profonds n'existe que d'une manière très incomplète; il fait observer, d'autre part, que cette relation serait tout à fait incompréhensible; il a trouvé, dans le système des lignes de démarcation des territoires nerveux découverts par Voigt, un substratum qui répond mieux à la distribution de la dermatose : elle occupe, en effet, des parties qui correspondent exactement à ces lignes de démarcation; de plus, cette disposition jette un certain jour sur la nature de cette affection cutanée : on peut concevoir que les parties de la peau qui correspondent à ces lignes puissent, sous l'influence du conflit entre les directions de développement différentes qui appartiennent aux nerfs limitrophes, présenter elles-mêmes, pendant la vie embryonnaire, des anomalies de développement qui sont les causes prochaines de ces ichthyoses cornées partielles et des diverses malformations congénitales avec lesquelles elles coincident souvent. H. HALLOPEAU.

Bemerkungen zur Histologie des normalen Secretes der menschlichen Talgdrüsen (Remarques sur l'histologie de la sécrétion normale des glandes sébacées), par L. PHILIPPSON (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Band XI, n° 5*).

Cette sécrétion se compose d'une partie fluide et d'une partie solide : la première est graisseuse ; la seconde n'est autre que la membrane des cellules des glandes sébacées ayant subi l'altération kératoïde ; il peut s'y ajouter des cellules sébacées moins avancées dans leur évolution, et aussi des cellules cornées provenant, soit des conduits sébacés, soit des follicules pileux, soit de l'épiderme. H. HALLOPEAU.

Uber die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata) (Sur les parakératoses en général et une de leurs variétés non encore décrite (Parakeratosis variegata), par UNNA, SANTI et POLLITZER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.. Band X, n°s 9 et 10*).

Dans la première partie de ce travail, Unna expose ses vues sur les parakératoses qu'il définit : des affections de l'épiderme, diffuses ou en foyer, liées à de l'hyperkératose, à une prolifération épidermique plus ou moins prononcée, à une exfoliation anormale de la couche cornée et à un amoindrissement de la sécrétion sudorale. Il les considère comme les formes sèches de l'inflammation catarrhale de la peau dont les eczémas constituent pour lui les formes humides (il nous paraît défectueux d'appeler catarrhale une inflammation caractérisée par l'absence de sécrétion) ; il range parmi elles le pityriasis capitis et les autres formes sèches du catarrhe séborrhéique, le psoriasis, le pityriasis rubra pilaris, l'ichthyose, le pityriasis rubra de Hebra et le pityriasis rosé de Gibert.

Ce sont, pour lui, comme les eczémas, des maladies infectieuses ; elles sont liées à la présence de parasites qui provoquent ce qu'il appelle l'inflammation catarrhale de la peau en produisant des matières irritantes susceptibles de pénétrer à travers les cellules épidermiques jusqu'aux vaisseaux du corps papillaire ; cette pathogénie explique le développement excentrique de ces éruptions et leur localisation dans certaines

régions ; le milieu de culture constitué par l'épiderme varie, en effet, beaucoup dans les différentes parties du corps.

La seconde partie du mémoire est consacrée à la description d'une nouvelle forme de parakératose que les auteurs appellent variegata ; ils la basent sur deux observations. C'est une maladie chronique qui débute par la poitrine pour envahir ensuite successivement le cou, le ventre, le dos et enfin les extrémités ; elle est caractérisée par des efflorescences arrondies, tantôt isolées, tentôt réunies par des prolongements ; elles prennent dans ce dernier cas un aspect réticulé ou marmoréen. Ces papules plates, annulaires ou réticulées, sont légèrement saillantes; l'épiderme qui les recouvre est tantôt épaissi et uni, tantôt recouvert de squames ; leur couleur varie du rose au rouge jaunâtre et au rouge bleuâtre ; la stase et les changements de température exercent une remarquable influence sur cette couleur ; la peau n'est que peu ou n'est point épaissie à leur niveau, si ce n'est dans les parties déclives. L'éruption n'est point douloureuse ; les grands changements de température donnent lieu seulement à de légères démangeaisons. La maladie est difficile à combattre ; le tégument supporte, en pareil cas, mieux que d'ordinaire l'action de doses élevées des médicaments réducteurs.

Les lésions sont limitées au corps papillaire et à l'épiderme. Dans le corps papillaire, on constate la dilatation des vaisseaux, de l'œdème et un léger degré d'inflammation chronique caractérisé par une augmentation du nombre des cellules le long des vaisseaux et une minime émigration de globules blancs. La couche épineuse est un peu épaissie et le siège d'une infiltration œdémateuse qui occupe les cellules et leurs interstices.

Les auteurs considèrent cette affection comme une forme non encore décrite de parakératose à laquelle ils donnent provisoirement le nom de variegata. H. HALLOPEAU.

Die Beziehungen des Kolloid-milium... (Du colloïde-milium (E. Wagner), de la dégénérescence colloïde de la peau (Besnier) et de l'hydradénome (Darier et Jacquet) étudiés dans leurs relations réciproques), par PHILIPPSON (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, Band XI, n° 1*).

Les néoplasmes décrits sous ces différents noms sont, d'après l'auteur, de nature identique. Il leur applique la dénomination commune de *colloïde-milium*. Ce sont pour lui, comme pour Darier et Török, des épithéliomes bénins qui se développent dans le derme aux dépens de dépôts d'épithéliums embryonnaires et subissent la dégénérescence colloïde. Ils se présentent sous l'aspect de nodules dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; leur couleur est tantôt celle de la peau qui les entoure, tantôt sombre, d'un rouge-brun ou jaunâtre. Au visage, ils sont généralement translucides et peuvent alors prendre l'apparence de vésicules ; leur consistance est ferme ; ils sont intra-dermiques.

A la face, ils siègent surtout à la partie supérieure des joues, aux tempes, au front, aux paupières inférieures. Au tronc, on les trouve sur la partie antérieure du thorax, depuis les clavicules jusqu'aux rebords des côtes ; ils peuvent aussi occuper la nuque et les bras ; leur apparence vésiculeuse les distingue du milium vulgaire ; d'autre part, leur mode

de distribution dans la moitié supérieure de la face et sur le devant de la poitrine, où ils forment comme une demi-cuirasse, sont également caractéristiques. H. HALLOPEAU.

Die seborrhoische Warze, verruca seborrhoica, verruca senilis, verruca plana seniorum, keratosis pigmentosa (les verrues séborrhéiques), **par S. POLLITZER** (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Band XI, n° 4*).

Ces productions sont caractérisées, au point de vue histologique, par la dilatation des conduits sudoripares, un certain degré d'épaississement de la couche cornée, une hypertrophie considérable du corps muqueux de Malpighi, et aussi par la présence dans les couches papillaires et sous-papillaires de cellules épithélioïdes disposées en séries que séparent des tractus conjonctifs ; on ne les trouve plus au-dessous des plexus sous-papillaires ; les cellules épithéliales des glandes sudoripares, les couches médiane et papillaire du derme et l'épithélium du corps muqueux de Malpighi sont le siège d'une infiltration graisseuse particulière ; les glandes sébacées et les follicules pileux sont atrophiés.

La présence et le mode de distribution des cellules épithéliales rapprochent ces productions de celles que v. Recklinghausen a décrites sous le nom de lymphangio-fibromes ; elles appartiendraient ainsi à la même classe que les nævi simples. L'auteur les considère comme telles, bien qu'elles ne soient pas congénitales ; il étend, en effet, cette dénomination à toutes les tumeurs qui se développent aux dépens de dépôts embryonnaires, conformément à la théorie de Cohnheim. L'origine et la signification de l'infiltration graisseuse de la peau restent indéterminées.

H. HALLOPEAU.

Spontaneous involution of sarcoma, par HARDAWAY (*Journ. of cut. and ven. dis., janvier* 1890).

Il s'agit d'un homme observé depuis 1882 et présentant un sarcome pigmenté de la peau, variété alvéolaire à l'examen microscopique. Le cas a été publié avec planches dans le même journal en 1883. Les lésions étaient disséminées à la face, aux mains et dans divers points du corps ; elles avaient aussi augmenté en 1884. Mais tout récemment, l'auteur a pu constater que l'accroissement avait cessé ; le malade est en bonne santé, les tumeurs ont subi une véritable régression complète ; la peau est atrophiée à leur place. Le malade n'avait suivi aucun traitement. F. BALZER.

Disappearance of extensive eruption of xanthoma, per HARDAWAY (*Journ. of cut. and ven. dis., janvier* 1890).

Hardaway cite un exemple remarquable de régression d'un xanthome plan, tuberculeux et tubéreux dont il avait publié antérieurement l'observation. (*Saint Louis Courier of Med.* octobre 1884.) Ce cas était remarquable par son intensité, son étendue, la disposition zostériforme qu'il présentait dans la région intercostale droite. En quatre ans les lésions ont subi une régression complète. La coloration bronzée de la peau seule persiste. F. BALZER.

Pathogénie des pigmentations et dépigmentations de la peau, par CASPARY (*Cong. int. de Berlin, Ann. de derm., n°s 8 et 9*, 1890).

Chez les animaux, il existe dans le derme des éléments cellulaires particuliers, fixes, indépendants de l'épiderme, et qui semblent jouer un

rôle dans l'élaboration du pigment. Ces cellules n'existent pas chez l'homme à l'état normal, mais on les trouve dans les nævi, dans la maladie d'Addison, etc.

Après cette communication, Kaposi établit l'origine hématique du pigment dans toutes les affections cutanées où intervient l'hyperémie. Mais cette origine ne peut être admise dans la grossesse, dans certaines néoplasies. Il faut admettre alors une élaboration directe du pigment par les éléments cellulaires. L'idée d'une propriété spéciale des cellules, eu égard à la fonction pigmentaire, s'impose en ce qui concerne la peau du nègre. De même, l'origine hématogène du pigment ne semble pas admissible quand on examine les faits de dépigmentation, par exemple, dans le vitiligo où l'on ne voit pas de troubles circulatoires. Il est donc probable que les cellules basales de l'épiderme jouent un rôle actif dans la pigmentation. Cette fonction spéciale cesse dans la canitie, dans l'albinisme. On est donc obligé d'admettre, en dehors de l'origine hématique du pigment, que certaines cellules, et spécialement celles du rete, possèdent une fonction chromogène qui leur est propre. F. BALZER.

Lymphangioma circumscriptum (sur le lymphangiome circonscrit), par Finch A. NOYES et L. TÖRÖK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *Band XI*, *nos* 2 *et* 3).

Les auteurs séparent nettement ce lymphangiome des dilatations lymphatiques : tandis que dans celles-ci les endothéliums lymphatiques sont aplatis et même détruits par places, il se produit dans le lymphangiome une hyperplasie ; des lymphatiques de nouvelle formation se développent dans les papilles qui, à l'état normal, n'en contiennent pas, sauf en un petit nombre de régions ; les cellules endothéliales y sont volumineuses ; on voit, par places, soit sur la paroi, soit dans la cavité, des cellules géantes à noyaux multiples ; concurremment les capillaires et les veines sont dilatés et hyperplasiés, des cellules sont accumulées sur leur trajet; le tissu conjonctif est également infiltré d'éléments cellulaires. On trouve dans l'éléphantiasis congénital des lésions très analogues.

On peut distinguer dans la peau trois formes de lymphangiome : le *variqueux*, le *tubéreux* et le *caverneux;* le premier occupe la superficie du chorion, les deux derniers en intéressent les couches profondes.

La cause probable de ces tumeurs ne doit pas être cherchée dans une stase lymphatique, mais bien dans une puissance d'accroissement anormale et congénitale des cellules angioplastiques. Peut-être faut-il invoquer aussi un trouble dans les fonctions des centres nerveux qui règlent l'accroissement, car ces tumeurs coïncident parfois avec des névromes multiples, l'atrophie des muscles de la région qu'elles occupent, l'arrêt de son développement, l'hyperidrose et l'élévation locale de la température. H. HALLOPEAU.

Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome, par SCHMITZ (*Archiv f. Derm.*, *XXII*, *Heft* 4-5, 1890).

1° Lymphangiome cutané chez une jeune fille de 17 ans, qui prétend avoir eu dans son enfance des phlyctènes sur la cuisse gauche, sans douleurs. On observe sur la cuisse gauche une dizaine de petites tumeurs indolores, ver-

ruqueuses, pigmentées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. L'examen histologique montre de larges espaces remplis de corpuscules lymphatiques et de fines granulations. Ces espaces se voient dans le derme et dans sa couche papillaire. Après la section, il s'était écoulé une notable quantité de lymphe. Ces tumeurs furent cautérisées au thermocautère, mais sans qu'on obtînt une guérison complète.

2° Jeune fille de 18 ans atteinte de lupus à la figure et au bras gauche. On voit sur la lèvre inférieure une tumeur constituée par un amas de grains presque transparents atteignant jusqu'au volume d'un pois. Même structure anatomique que dans le cas précédent. D'après la malade cette tumeur serait congénitale.

L'auteur attribue une importance particulière au traumatisme dans la pathogénie de ces tumeurs. F. BALZER.

Zur Kenntniss der multiplen Myome der Haut (Peau), par I. JADASSOHN (*Archiv f. pathol. Anat. CXXI, Heft* 1).

Il s'agit de deux femmes qui présentaient, l'une sur le membre supérieur droit et l'autre sur la face dorsale du bras et de l'avant-bras, nombre de nodules variant de la tête d'une épingle jusqu'au volume d'une lentille. L'excision de quelques-unes de ces tumeurs et l'examen microscopique montrèrent qu'elles étaient constituées par des muscles lisses. Quoique de nature bénigne, ces dermatomyomes étaient accompagnés, chez l'une des malades, d'accès douloureux des plus pénibles. Ces myomes avaient pris leur origine, dans les deux cas, dans les muscles arrectores pilorum : au centre de chaque tumeur s'élevait un poil follet, et les coupes démontrèrent dans chaque myome la présence d'un follicule pileux. ED. RETTERER.

Ueber epidemischen Zoster, par WEIS (*Archiv f. Derm., XXII, 4 et* 5).

On a déjà signalé des observations de zona épidémique et remarqué qu'il apparaît surtout au printemps et en automne. L'auteur a pu observer une série de 15 cas qui apparurent dans l'espace de 2 mois, fait d'autant plus remarquable que dans le reste de l'année il ne s'en présenta que 3 autres cas à la clinique de Prague. Dans le même temps, on nota une grande augmentation dans la fréquence des herpès. Deux cas s'étaient montrés pendant l'épidémie d'influenza. Ces faits ébranlent manifestement la théorie purement neurotique du zoster. Le refroidissement était souvent signalé par les malades dans l'étiologie, et l'on peut se demander, en effet, si le refroidissement ne favorise pas l'action ou la pénétration d'un agent infectieux. La plupart des malades étaient des adultes robustes; les vieillards et les enfants sont moins atteints. Il faut noter aussi la fréquence du zoster sur le côté droit, ce qui s'explique peut-être par la plus grande activité de ce côté du corps. L'auteur tend à rapprocher le zoster de l'herpès et à le considérer comme une neuropathie d'origine infectieuse. Le travail contient plusieurs dessins schématiques montrant la distribution des principaux zonas et deux dessins schématiques indiquant la disposition des territoires cutanés arrosés par les principales artères. Dans ses observations, il a utilisé ces notions anatomiques pour préciser le siège des lésions. F. BALZER.

Ueber atypischen Zoster gangrœnosus und Zoster hystericus, par KAPOSI (*Arch. f. Derm., XXI, Heft* 4).

L'auteur rapporte les observations de plusieurs malades atteints

d'une affection qu'il est porté à rattacher au zoster. Cette affection est caractérisée par des groupes de vésicules qui prennent une apparence gangreneuse et sont suivies de cicatrices kéloïdiennes. A leur entier développement, elles offrent quelquefois l'apparence de cautérisations artificielles. Leur distribution bilatérale, la tendance aux récidives, la distribution un peu irrégulière par rapport aux troncs nerveux, leur donnent un caractère atypique. Dans plusieurs des cas, la maladie s'est montrée chez des hystériques. F. BALZER.

Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von acuter multipler Hautgangrän (**Sur un cas de gangrène aiguë multiple de la peau**), par **DOUTRELEPONT** (*Arch. f. Derm.*, *XXII*, *Heft* 3, 1890).

Une jeune fille, âgée de 21 ans, bien portante, se pique sous l'ongle du pouce avec une aiguille, le 1er août 1884. Le même jour, apparition de deux plaques de sphacèle à la première phalange; la gangrène envahit bientôt l'avant-bras, le bras, l'épaule et le dos, franchissant la ligne médiane le 13 octobre; plus tard, envahissement de la tête et du cou. Les lésions débutaient par des phlyctènes herpétiformes bientôt gangreneuses. La malade quitta la clinique le 30 décembre 1885. Elle y rentre le 16 février 1886 jusqu'au 20 juillet 1887 avec de nouveaux foyers gangreneux de plus en plus larges. Le 2 mai, envahissement du larynx, plaques lenticulaires sur le ligament glosso-épiglottique. Le 19 mai, envahissement des piliers et bientôt après du voile du palais. Revenue à la clinique le 21 mars 1888, la malade présente de nouveaux foyers gangreneux sur tout le corps : la conjonctive, la cornée sont prises à leur tour, plus tard les ongles. Il est à remarquer que ces lésions étaient passagères et guérissaient assez vite. Il y avait des poussées fébriles, de l'amaigrissement, de la céphalalgie, des douleurs à l'épigastre. Pas de troubles de la sensibilité, à l'exception de l'hyperesthésie; réflexes normaux; mais surexcitation nerveuse considérable par périodes, et dans une de celles-ci une tentative de suicide. En 1889, la maladie se termine par une tuberculose pulmonaire aiguë. L'autopsie ne montre rien de particulier du côté du cerveau, de la moelle ou des nerfs périphériques. Il faut rapprocher de ce fait les observations publiées par Kopp, Boutier, Kaposi, etc.

F. BALZER.

Ueber Inoculationslupus (**Sur le lupus d'inoculation**), par **I. JADASSOHN** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXXI*, *Heft* 2).

1° Il s'agit d'un garçon boucher qui présentait sur le bras droit une série de plaques de lupus. Après l'extirpation de celles-ci, Jadassohn vit sur les coupes qu'elles offraient tous les caractères d'une maladie tuberculeuse; il trouva même en trois endroits différents le bacille de la tuberculose;

2° Jadassohn observa des nodules de lupus au niveau d'un tatouage fait neuf ans auparavant par un jeune homme phtisique qui, au moment de l'opération, avait enduit la partie piquée de sa propre salive. Après avoir excisé les nodules, l'examen microscopique démontra leur nature tuberculeuse et la présence de deux bacilles caractéristiques. Aux yeux de l'auteur, ces deux cas, et surtout le dernier, prouveraient que l'inoculation du bacille tuberculeux provoquerait dans la peau un lupus identique, au point de vue clinique et microscopique, au lupus ordinaire, qui se produit spontanément en apparence. ED. RETTERER.

Ueber den Lupus der Extremitäten, par HALM (*Archiv f. Derm.*, *XXII*, 4 *et* 5).

Sur un total de 424 lupus observés en sept ans et demi (144 hommes

et 280 femmes), 105 siégeaient aux extrémités, plus souvent chez l'homme que chez la femme, bien que le lupus soit plus fréquent chez cette dernière. 8 fois seulement localisation isolée aux extrémités. La maladie envahit surtout l'avant-bras. Le lupus serpigineux est le plus commun (39 cas); le lupus vulgaire, hypertrophique, verruqueux, est plus rare; il prend quelquefois le caractère épithéliomateux. Grande fréquence des poussées de lymphangite ou d'érysipèle conduisant à l'éléphantiasis. Dans un cas on fut obligé d'amputer la jambe, et, fait remarquable, après l'opération, un lupus coexistant de la face guérit en moins de 10 semaines. Le travail se termine par une revue des principales indications thérapeutiques. F. BALZER.

Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis, par KROMAYER (*Archiv f. Derm., XXII, 4 et 5*).

L'auteur ne voit pas un processus inflammatoire dans le psoriasis, mais seulement une hyperémie; le processus paraît limité au corps papillaire et à l'épiderme; le derme proprement dit n'est pas envahi. Il y a ordinairement hypertrophie de l'épiderme par l'adjonction de cellules jeunes, surtout dans le voisinage du corps papillaire. Dans les écailles qui remplacent la couche cornée, on trouve encore des vestiges des cellules migratries d'autant plus nombreuses que le psoriasis est plus intense. La couche cornée est encore le siège d'autres altérations cellulaires; les cellules cornées sont constituées par une enveloppe cornée et par un contenu qui peut augmenter lorsque la cellule est en contact avec l'eau qui l'imbibe facilement. Cette induration de l'enveloppe cornée est augmentée dans le psoriasis, surtout dans les cellules superficielles. En outre, dans les cellules du rete, il y a désagrégation du réseau fibrillaire dans les couches les plus superficielles et accumulation de kératohyaline, substance qui dérive surtout de la nécrobiose des cellules épithéliales.

F. BALZER.

Ueber Erkrankungen der Schleimdrüsen des Mundes (Sur les altérations des glandes muqueuses de la bouche), par UNNA (*Monatsch. f. prakt. Dermatologie, XI, n° 7*).

L'auteur a observé deux cas d'une affection ulcéreuse des glandes de la muqueuse buccale qui a été décrite par Baelz. Il en résume ainsi qu'il suit les caractères : 1° la maladie est essentiellement chronique; elle intéresse l'une après l'autre les glandes de la muqueuse labiale et guérit spontanément, après suppuration et formation de cicatrice; 2° elle est caractérisée par un gonflement indolent avec infiltration du tissu périglandulaire et une ulcération qui gagne lentement en profondeur; 3° les ganglions sous-maxillaires ne sont pas tuméfiés, la santé générale n'est pas troublée; 4° il s'agit d'une infection non syphilitique qui se localise dans les glandes de la muqueuse labiale et s'accompagne fréquemment d'une inflammation catarrhale de la muqueuse buccale; 5° le traitement local par la teinture d'iode exerce sur cette altération une action spécifique. Unna propose d'appeler cette maladie : maladie de Baelz des glandes de la muqueuse labiale. H. HALLOPEAU.

Casuistiches zur Frage der Alopecia neurotica (Cas d'alopécie neurotique), par ASKANAZY (*Archiv f. Derm., XXII*, 4 *et* 5).

L'auteur cite un certain nombre de cas d'alopécie d'origine nerveuse chez des sujets affaiblis ou cachectiques. Une jeune fille de 17 ans, sujette à de grandes douleurs de tête, perdait les cheveux d'un côté tandis que de l'autre existait une véritable plique. Chez un épileptique on observait en séries alternantes la plique, des changements de couleur dans les cheveux, leur chute complète avec conservation des cils et des sourcils. A la suite d'un traumatisme à la tête, un enfant de 8 ans perdit les cheveux par touffes correspondant aux terminaisons nerveuses dans une étendue de plusieurs centimètres. F. BALZER.

Ricerche istologiche e batteriologiche sulla lepra, par GIANTURCO (*Giornale della Associazione napoletana di medici e naturalisti, fasc.* 4, 1890).

Gianturco a étudié sur des nodules lépreux de la peau le siège des bacilles de la lèpre : il conclut de ses recherches que les bacilles se développent initialement dans les éléments cellulaires, mais que, par leur prolifération, ils atrophient ceux-ci, et vraisemblablement les amas globuleux de bacilles deviennent libres par suite de la destruction des cellules dans lesquelles ils se sont développés. Dans des expériences de culture, il a vu se développer sur l'agar glycériné des colonies analogues à celles décrites par Bordoni Uffreduzzi et dont certains auteurs avaient contesté la réalité ; le bacille se développe également, mais avec moins d'intensité, sur le sérum glycériné. A. C.

The diagnosis of leprosy especially the differentiation of the anœsthetic form from syringomyelia, par MORROW (*Journ. of cut. and genito-ur. dis., janvier* 1890).

Les lésions cavitaires de la moelle, l'analgésie, la thermo-anesthésie, l'atrophie musculaire caractérisent la syringomyélie. Les troubles de la sensibilité et les troubles trophiques varient suivant le siège des cavités dans la moelle. Les lésions musculaires de la main et de l'avant-bras donnent lieu à la déformation spéciale désignée sous le nom de main en griffe. Mais les troubles de la sensibilité surtout ont une grande valeur : il y a perte absolue de la sensibilité pour la douleur et les changements de température, avec conservation de la sensibilité tactile et musculaire. Ainsi que l'a fait observer Déjerine, les erreurs de diagnostic ont été fréquentes entre la lèpre et la syringomyélie. Celle-ci se distingue encore de la lèpre par son évolution : après la période des principaux troubles trophiques, troubles de sécrétion, éruptions, ulcérations, pertes des phalanges, etc., la maladie devient stationnaire. La lèpre, au contraire, est essentiellement progressive, la perte de la sensibilité n'est pas dissociée, mais totale. Les atrophies, les contractions ne se montrent pas avec la disposition régulièrement symétrique que l'on observe dans la syringomyélie. F. BALZER.

Leprosy in Japan, par ASHMEAD (*Journ. of cnt. and genit.-ur. dis., juin* 1890).

L'auteur ne croit pas à la transmissibilité directe de la lèpre : le bacille lépreux passerait d'abord dans un être intermédiaire, le poisson sur-

tout, avant d'être transmis à l'homme. Le tatouage est une coutume nationale dans ce pays, et n'a pourtant jamais donné lieu à l'inoculation de la lèpre. Les Japonais redoutent beaucoup cette maladie. Les lépreux et enfants de lépreux ne peuvent se marier qu'entre eux, même à la seconde génération. Un homme atteint de lèpre se hâte de quitter sa famille et de passer dans une province éloignée, afin que sa maladie ne rende pas sa famille suspecte et n'interdise pas le mariage à ses membres. Tous les objets touchés par les lépreux sont détruits et les sources où ils ont bu sont évitées; ils ne peuvent boire que l'eau des cours d'eau; leur contact est évité avec soin. Les Japonais croient à la contagiosité de la lèpre, à sa transmission fréquente par le baiser, de même que pour la syphilis et la tuberculose. F. BALZER.

Leprosy, par FOX (*Journ. of cut. and genito-ur. dis., mai* 1890).

A propos d'un cas de lèpre, présenté par Fox, chez un malade né aux îles Sandwich et guéri, au moins en apparence, par l'huile de chaulmoogra et le changement de climat, la Société de dermatologie de New-York discute le traitement de la lèpre. L'huile de chaulmoogra, quand elle est bien supportée par l'estomac, paraît jusqu'ici le meilleur remède de la lèpre. Elle doit être administrée à haute dose; Allen est allé jusqu'à 300 gouttes par jour. Les préparations de strychnine peuvent suppléer cette huile dans certains cas. Il faut encore arriver à de hautes doses pour obtenir un résultat. Bulkley a donné avec avantage jusqu'à 60 gouttes de noix vomique par jour. F. BALZER.

Sur une pseudo-pelade de nature microbienne, par L. VAILLARD et H. VINCENT (*Annales de l'Institut Pasteur, n°* 7, 25 *juillet* 1890).

La pseudo-pelade est fréquente dans les régiments (44 cas); elle débute à l'insu du malade, ou bien s'accompagne de légères démangeaisons. La marche en est très rapide. Au début, la peau est légèrement rosée. Plus tard, elle a un aspect à peu près normal, présentant ordinairement un semis de points noirs, qui représentent l'orifice de follicules pileux paraissant vides. Au pourtour, les cheveux sont fragiles et faciles à arracher. Elle revêt deux formes, en aires la plus commune et disséminée. Elle se termine par la guérison en deux ou quatre mois; les cheveux repoussent d'emblée sains. Elle est contagieuse.

A la périphérie et surtout dans les gaines épithéliales des cheveux fragiles, atrophiés, dans les lames écailleuses d'aspect corné qui encombrent les follicules, sur les coupes de peau, colorées par la méthode de Gram, on trouve des amas parfois considérables de petits microcoques vivement colorés, de forme et de dimension semblables. Il n'en existe jamais dans l'intérieur du cheveu, ni dans la gaine épithéliale externe du follicule. Ils se cultivent sur la gélose, à 37°. Au bout de 24 heures, on voit déjà les colonies circulaires très blanches, saillantes, à surface lisse, brillante, régulière, opaques par transparence, blanc-grisâtres au centre. Elles ne dépassent pas la grosseur d'une lentille et sont constituées par des grains sphériques de 1 μ de diamètre, ordinairement accouplés deux par deux. Ces microcoques se cultivent bien sur tous les milieux nutritifs, en dégageant une odeur fade. Ils végètent, peu activement d'ailleurs, dans le vide. Inoculés par friction (après rasage des poils) chez le

lapin et le cobaye, ils donnent toujours une plaque de pelade avec les mêmes caractères que chez l'homme. Chez le chien, les poils tombent plus lentement. Avec les cultures stérilisées, les frictions restèrent sans effet.

Dans quelques cas, chez l'homme, ce microbe est associé au staphylocoque pyogène doré, et il y a alors un peu de dermite ; on peut réaliser expérimentalement cette association.

Le microcoque de la pseudo-pelade diffère du parasite décrit par Quinquaud dans la folliculite destructive des régions velues, en ce sens qu'il tue la souris blanche par inoculation sous-cutanée et ne détermine aucune lésion sur la peau du rat. D'ailleurs les deux affections diffèrent cliniquement. P. TISSIER.

Di alcuni peli deformi osservati in un caso di alopecia areata della barba, par MIBELLI (*Giorn. ital. delle mal. vener., fasc.* 3, 1890).

L'auteur a examiné un certain nombre de poils dans un cas de pelade de la barbe. Il a observé notamment deux poils réunis dans une gaine épithéliale externe commune, avec gaines internes distinctes, anomalie déjà connue, mais qui, dans ce cas, offrait ceci de particulier que la réunion des deux poils se continuait dans leur portion libre, en sorte qu'ils ne constituaient qu'une seule tige. Un autre poil offrait un ensemble de l'anomalie déjà décrite par Flemming, poil trigéminé avec gaine épithéliale interne commune.

Il est possible aussi que des poils développés ainsi d'une manière indépendante dans un seul follicule se confondent ensuite en une tige unique, opinion déjà émise par Giovannini. L'auteur signale encore l'ampliation exagérée du canal médullaire, phénomène en rapport avec l'arrêt du processus de la cornification à la périphérie de la moelle du poil, l'arrêt de formation de la couche corticale. Ce phénomène doit être considéré comme pathologique, vu les altérations des cellules de la moelle, qui sont déformées, réduites en détritus avec des amas de kérato-hyaline. Ces lésions sont plus nettement d'ordre pathologiqne que les anomalies de forme et de développement. F. BALZER.

Cura e profilassi della tigna (Cure et prophylaxie de la teigne), par BERTARELLI (*Boll. della poliambulanza, Milan*, 1890).

Après avoir essayé, dès 1880, de détruire le parasite par l'occlusion à l'aide de divers moyens, Bertarelli a eu l'idée de revenir à un moyen abandonné jadis comme barbare, la calotte, qu'il a perfectionné et modifié. La calotte a l'avantage d'être à la fois un moyen d'épilation, de traitement et de prophylaxie. L'auteur prépare d'abord le cérat épilatoire suivant : résine de pin, 30 ; poix noire, 8 ; térébenthine de Venise, 2 ; axonge, 1. On étend ce mélange sur une toile, et on applique des bandelettes sur le cuir chevelu préalablement lavé et nettoyé. On enlève ces bandelettes un ou deux jours après. Elles entraînent un grand nombre de poils, et on achève l'épilation avec la pince. On lave ensuite soigneusement le cuir chevelu avec le savon et une solution de sublimé, et on applique de nouveau les bandelettes. Les pansements sont renouvelés d'abord tous les jours, plus tard tous les trois ou quatre jours, jusqu'à la guérison, qui demande quatre, six ou huit mois, suivant les cas. F. BALZER.

I. — Recherches histo-biologiques et étiologiques sur la trichomycose nodulaire, par JUHEL RÉNOY et LION (*Ann. de derm.*, *n°* 10, 1890).

II. — Ueber Trichomycosis nodosa (Juhel Rénoy), Piedra (Osorio), par Gustav BEHREND (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 464, 26 *mai* 1890).

I. — Les auteurs étudient, dans ce travail, les cultures du parasite de la Piedra ou trichomycose nodulaire, maladie assez fréquente dans les pays chauds, surtout chez les femmes. Les cultures se font bien dans tous les milieux liquides ou solides ; elles renferment des spores et des éléments mycéliens qui peuvent devenir fort longs ; les spores sont libres ou placés aux extrémités du mycélium. Celui-ci se développe en touffes. D'après les expériences faites *in vitro*, on peut penser que des lotions avec la solution de sublimé au millième employée très chaude amèneraient rapidement la guérison de la maladie. Leur action sera aidée par celle de l'éther de pétrole dont la puissance destructive mérite de fixer l'attention. F. BALZER.

II. — La trichomycose noueuse n'est pas spéciale à l'Amérique espagnole. C'est très vraisemblablement cette affection qui a été décrite il y a 30 ans par Lindemann (*Oesterreichische Zeitschr. f. prakt. Heilkunde* XIII 1867), qui l'attribuait à des grégarines, et par Beigel (*The human hair, London* 1869), qui reconnut que les nodosités étaient constituées par des spores d'un hyphomycète. En tous cas, malgré l'aspect extérieur un peu différent, c'est certainement la même lésion que Behrend a constatée depuis 5 ans dans la moustache d'un médecin. Les nodosités de cette moustache sont énormes, triplant, quadruplant même le volume normal des poils qu'elles entourent, soit sous forme de dépôts fusiformes, soit sous forme de gaines continues ; ces poils présentent aussi les altérations de la trichorrhasis noueuse. Mis en culture, le trichosporon ovoïde, comme l'appelle Behrend, a offert des caractères identiques à ceux de l'épiphyte de la trichomycose noueuse, provenant d'un échantillon fourni par Juhel Rénoy. (*R. S. M.*, XIII, 637 ; XXXIII, 576, et XXXV, 214.) J. B.

Ueber Einwirkung von Medicamenten auf Kulturen von Favus und Tricophyton (De l'action des médicaments sur les cultures de favus et de trichophyton), par SCHWENGERS (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Band XI*, *n°* 4).

L'auteur a constaté que ces cultures restent stériles quand on les soumet à l'action de l'acide pyrogallique, de l'ichthyol, en solution aqueuse à 10 0/0, de la résorcine à 5 0/0, du calomel à 0,5 0/0, du sublimé à 0,1 0/0, de l'iode pur à 0,5 0/0, de la teinture d'iode à 5 0/0, de l'acide salicylique à 1 0/0, du salol en poudre à 1 0/0, de l'huile de cade à 1 0/0, du baume du Pérou et du styrax à 20 0/0, du savon vert à 50 0/0 ; au contraire, l'acide chrysophanique, le soufre, l'iodoforme, l'aristol et la solution alcoolique de salol ont été sans effet. H. HALLOPEAU.

Oleum physeteris s. chaenoceti (Huile de physetère ou de chænocetes), par G. GULDBERG (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *mai* 1890).

L'auteur a remarqué dans ses excursions aux régions arctiques l'action favorable de l'huile des cétacés sur la peau de l'homme : il a expé-

rimenté plus particulièrement celle du physetère, auquel on a donné les noms de chænocetus rostratus, d'hyperoodon rostratum, de balæna rostrata et autres. Son poids spécifique est moindre que celui des huiles employées en thérapeutique ; elle est très fluide et pénètre facilement dans la peau. C. Bœck en a fait usage comme excipient et en a obtenu de bons résultats. H. HALLOPEAU.

De l'emploi du menthol dans les affections prurigineuses de la peau, par DUBREUILH et ARCHAMBAULT (*Journ. de médec. de Bordeaux*, 10 *août* 1890).

Le menthol peut être employé contre les affections prurigineuses de la peau sous trois formes: en solution alcoolique, à 5 ou 10 0/0; en solution dans l'huile d'amandes douces, à 10 0/0; ou incorporé à diverses pommades à la dose de 1 à 5 0/0. Il calme les démangeaisons, de quelque nature qu'elles soient; mais il est surtout efficace dans les cas où le grattage provoque ou entretient la lésion et le prurit, particulièrement dans l'urticaire, certains eczémas et dans le prurit consécutif à une gale guérie. La solution huileuse ou les pommades sont préférables dans les eczémas. Pour la face, la vulve ou pour les surfaces excoriées, la dose de menthol doit être abaissée. OZENNE.

Die Syphilis als Infectionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bacteriologie (La syphilis comme maladie infectieuse au point de vue de la bactériologie moderne), par FINGER (*Arch. f. Derm.*, *XXII*, *Heft* 3, 1890).

L'évolution de la syphilis est modelée sur celle des autres maladies infectieuses et présente trois étapes : 1° pénétration et colonisation des microbes; 2° accidents généraux dus aux microbes et plus encore aux produits dus à leur présence ; 3° l'immunité dans un certain nombre de cas.

Le chancre, l'envahissement des ganglions sont dus aux microbes qui gagnent de proche en proche ou par les vaisseaux. Mais déjà il y a des signes d'intoxication générale, la céphalalgie, les arthralgies, l'alopécie, etc... et l'iode convient mieux à ces manifestations que le mercure. De même, à la période secondaire, les plaques muqueuses et les éruptions cutanées sont dues plutôt aux microbes; les troubles nutritifs, douleurs, fièvre, à l'infection générale.

Combien dure l'immunité? On ne le sait pas encore, mais les réinfections prouvent qu'elle n'est pas illimitée. L'immunité appartient spécialement à la période qui sépare les périodes secondaire et tertiaire. Il se peut même que l'immunité existe sans avoir été précédée de syphilis ; c'est le cas tantôt de la mère, tantôt du fœtus. La mère peut être saine avec un fœtus syphilitique. Il faut admettre chez elle la pénétration de produits d'origine syphilitique sans microbes. Même explication pour l'immunité des enfants nés de parents syphilitiques.

Il est à remarquer que l'immunité existe déjà alors que l'agent contagieux est encore localisé et qu'elle dure plus longtemps que cet agent. Elle peut être transmise sans qu'il y ait pénétration du microbe.

Les accidents tertiaires ne sont pas dans le même rapport avec le virus que les accidents primitifs ou secondaires. Leur rareté relative, leur apparition tardive, leur symptomatologie différente, la non-conta-

giosité de leurs produits, la non-transmission par l'hérédité, la possibilité de la réinfection pendant leur évolution, la différence de la réaction en présence de l'iode et du mercure, leur apparition possible chez des individus qui n'ont pas présenté d'autre signe de syphilis, tout cet ensemble de faits porte à croire que les accidents tertiaires peuvent dépendre des produits du virus aussi bien que du virus lui-même. Deux faits sont surtout frappants : 1° les enfants hérédo-syphilitiques souffrent toujours de troubles nutritifs graves; 2° apparition d'emblée des accidents tertiaires précédés d'autres accidents.

En somme, l'immunité, la syphilis héréditaire ne seraient qu'une intoxication lente par les produits du virus, et plus ces produits sont abondants, plus les accidents sont graves. F. BALZER.

Ueber extragenitale Syphilisinfection, par von BROICH (*Archiv f. Derm. und Syph., XXII, 4 et 5*).

L'auteur énumère la série de cas suivante : contagion par les lèvres, 6 cas; doigts (médecins et sages-femmes), 6 cas; seins, 3 cas; gencive, 1 cas. La contagion extragénitale de l'enfant à la nourrice est probablement la plus fréquente de toutes; mais les localisations varient beaucoup ainsi que les circonstances étiologiques. Dans quelques cas de chancre extragénitaux, l'auteur a pu faire des recherches qui lui ont permis de voir plusieurs fois des bacilles, en foyers ou dans les cellules, jusqu'à 10 dans un seul champ visuel. Il a également vu des spores. F. BALZER.

A case of initial lesion of the vagina, par BÜCHLER (*Journ. of cut. and genito-ur. dis., mai* 1890).

A. E., âgée de 30 ans, présente en septembre 1888, à l'examen au spéculum, un chancre du côté droit du vagin, dans le voisinage du col, surélevé avec induration cartilaginiforme; en même temps, induration des ganglions inguinaux du côté droit. Ce chancre fut suivi dans le mois suivant de l'apparition des syphilides secondaires. L'auteur insiste sur la rareté de cette localisation du chancre, surtout avec le caractère d'induration qu'elle présentait chez la malade. Ce chancre disparut cependant sans laisser de traces. F. BALZER.

The seborrhœic process and the early syphilitic eruptions, par TAYLOR (*Journ of cut. and genit.-ur. dis., mai* 1890).

Unna a justement appelé l'attention sur les relations qui existent entre le processus séborréique et les éruptions syphilitiques. Le processus séborréique précède communément ces éruptions et influence leur distribution et leur marche ; elles se localisent dans les mêmes points. Il arrive aussi que le processus syphilitique éveille le processus séborrhoïque en provoquant l'hyperémie périglandulaire. Les deux processus se mêlent intimement. Parfois le processus séborrhoïque semble dominer. Les éléments syphilitiques, d'étendues diverses, sont couverts d'écailles grasses et jaunâtres qui témoignent de l'union des deux processus. Dans d'autres cas, ainsi que l'auteur en cite un exemple, le processus séborréique a été secondaire à la formation des éléments syphilitiques. Dans ce cas survenu chez une femme, la syphilis avait produit une alopécie étendue du cuir chevelu avec une éruption de taches

nombreuses présentant la couleur saumon caractéristique et s'accompagnant d'une séborrhée capitis des plus nettes.

En d'autres points du visage, l'éruption de forme circinée conservait le même caractère séborréique. Il en était de même en divers points du corps et des membres. Taylor rapporte encore un second cas analogue chez une femme âgée de 36 ans, qui présentait de nombreuses syphilides de la face. Elles étaient accompagnées de séborrée à ce point que la malade pouvait être considérée comme offrant le type du facies séborréique, suivant l'expression d'Unna. Chez ces deux malades, le processus séborréique avait été indubitablement provoqué par la syphilis. Mais l'ordre inverse s'observe aussi, ainsi que l'a dit Unna. La fréquence au visage des éruptions syphilitiques accompagnées de processus séborréique s'explique facilement par la structure de la peau de cette région et sa richesse en éléments glandulaires. F. BALZER.

Storia clinica e considerazioni su di un caso di sifilide tardiva con enorme tumore gommoso di tutta la regione costale sinistra seguito da guarigione par T. de AMICIS (*Il Morgagni*, *avril* 1890).

Homme de 58 ans, syphilitique depuis l'âge de 23 ans. Développement d'une arthropathie du genou droit, puis de tumeurs gommeuses occupant la région thoracique gauche, la région temporo-frontale, et d'une paralysie des muscles moteurs de l'œil droit. Dans l'espace de neuf mois, la tumeur thoracique s'étend de la ligne axillaire au rachis, mesurant 23 centimètres de largeur sur 21 de longueur et 10 d'épaisseur : elle est formée d'une série de nodosités de volume variable, la plupart d'une dureté élastique, arrondies ou ovoïdes, non douloureuses spontanément, ni à la pression, mobiles ou adhérentes aux côtes sous-jacentes, recouvertes de téguments normaux, sauf en quelques points, où ils sont d'un rouge violacé, et à la partie inférieure, où existe une ulcération ayant les caractères des ulcérations d'origine gommeuse. Dans l'espace de deux mois et demi, la guérison était obtenue par l'emploi de la médication iodurée. G. T.

Contribution à l'étude histologique des gommes syphilitiques et des lésions tertiaires en général, par MARFAN et TOUPET (*Annales de derm.*, *n*os 8 et 9 1890).

Les lésions vasculaires et périvasculaires tiennent la place principale dans le processus gommeux ; il n'y a pas mortification tant que les vaisseaux ne sont pas oblitérés. Cette oblitération se fait par une prolifération croissante de l'endothélium vasculaire et des cellules conjonctives sous-jacentes. L'oblitération amène la mortification des éléments cellulaires débutant à la périphérie des nodules gommeux.

Les lésions portent principalement sur les artères, envahissant toutes leurs tuniques et se terminant par leur oblitération. Elle résulte des progrès de la prolifération des cellules de l'endartère et ne s'accompagne jamais de calcification. Les gommes s'accompagnent toujours de sclérose, et celle-ci même les précède. Elle-même est le résultat de l'endo-péri-artérite oblitérante qui, en dernier terme, produit encore la mortification par dystrophie.

Le processus, cependant, peut se borner aux lésions artérielles et scléreuses, ainsi que cela arrive dans les régions très vasculaires, au rectum

aux lèvres. Dans ces régions, il n'y a pas de gommes proprement dites, mais seulement infiltration conjonctive.

Au point de vue de l'évolution, il faut distinguer entre les gommes profondes et les gommes superficielles. Celles-ci se ramollissent, s'ulcèrent, et leur contenu s'évacue au dehors; des infections secondaires interviennent fréquemment dans cette évolution spéciale. Les gommes profondes, au contraire, s'enkystent, se résolvent et se terminent par rétraction cicatricielle.

Les auteurs croient que les lésions tertiaires ne sont pas déterminées par l'organisme virulent de la syphilis, mais sont le résultat de troubles de nutrition que l'on peut rapporter peut-être à des leucomaïnes. F. BALZER.

Syphilitic seborrœal eczema, par CUTLER (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis., septembre* 1890).

R..., âgé de 22 ans, Irlandais, atteint de gonorrée ancienne, contracte la syphilis. Un mois après les syphilides secondaires débutèrent sur les organes génitaux et l'abdomen. Les lésions persistèrent pendant des mois sans modification par le traitement, s'accompagnant de démangeaisons nocturnes. Chaque élément commençait par une saillie rouge sur la peau, atteignant parfois les dimensions d'une petite pièce de monnaie, ronde ou ovalaire. Les lésions avaient de la tendance au groupement en cercles; mais le fait caractéristique était la production d'une sécrétion à leur surface, sécrétion qui se desséchait en croûtes jaunâtres souvent excoriées. Son principal siège était le dos. F. BALZER.

Syphilitic disease of the temporo-maxillary articulation, par BÜCHLER (*Journ. of cut. and genito-ur. dis., mai* 1890).

L'auteur rapporte deux cas de cette localisation de la syphilis; le premier concerne un homme âgé de 38 ans, robuste, atteint de la syphilis depuis quatre ans. En septembre 1888, le malade se plaint d'une souffrance à l'articulation temporo-maxillaire avec gonflement et pseudo-fluctuation, sans changement de couleur à la peau, difficultés des mouvements de la mâchoire. Pas de goutte, ni de rhumatisme, ni de refroidissement. Des frictions à l'oléate de mercure et l'iodure de potassium à l'intérieur amenèrent la guérison en cinq semaines. — Dans un autre cas observé à la clinique de Klotz, l'affection de même nature était localisée à l'articulation temporo-maxillaire droite et disparut par un traitement mixte. F. BALZER.

Sulla sifilide tardiva, par MICELI (*Giorn. ital. delle mal. vener., juin* 1890).

L'auteur rapporte divers cas remarquables de syphilis tardive : un cas de syphilis chez une femme remontant à 1867, gomme du voile du palais en 1887; un cas de syphilis héréditaire tardive chez une femme âgée de 22 ans, née de parents syphilitiques et qui présente des gommes ulcérées du pharynx et du larynx avec perforations. Le traitement antisyphilitique amena promptement la guérison complète. F. BALZER.

Ein Fall schwerer Dysenterie nach intramusculäre Calomelinjectionen, par CRAMER (*Deustche med. Woch., n° 14, p.* 295, 1890).

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui, atteinte de chancre du doigt, plonge ce doigt pendant quelques minutes dans une solution de sublimé à 1/2000 ; le lendemain elle a de la salivation et on trouve du mercure dans l'urine. Tenant

compte d'une telle idiosyncrasie, l'auteur tente le traitement par l'iodure de potassium qui détermine aussi des troubles graves.

Il fait alors six injections de 0,12 de calomel (solution huileuse de Neisser), en mettant entre deux injections une semaine d'intervalle. Deux jours après la sixième, la malade, qui a fort bien supporté le traitement jusqu'alors, a une stomatite intense, une fièvre vive (39°,5), et le jour suivant des manifestations dysentériformes avec albuminurie.

Les accidents intestinaux sont si graves qu'on craint la terminaison fatale. Au bout de cinq jours seulement survient une amélioration suivie de guérison complète. L. GALLIARD.

I. — Behandlung der Syphilis nach der Scarenzio-Smirnowschen Methode (Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio et de Smirnow), par SIRSKI (*Archiv f. Derm. XXII, Heft* 4 *et* 5, 1890).

II. — Ueber Thymolquecksilberinjectionen, par CEHAK (*Ibidem, Heft* 4 *et* 5, 1890).

III. — Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Oleum cinereum, par LINDSTRÖM (*Ibidem, Heft* 4 *et* 5, 1890).

I. — Sirski a employé l'oxyde jaune de mercure en injections et le considère comme préférable aux autres préparations; le salicylate et le phénate de mercure sont aussi de bonnes préparations. Il n'y a pas d'inconvénients sérieux à redouter si l'on s'en tient à des doses modérées, 5 ou 10 centigrammes de calomel ou d'oxyde jaune par injection. Les meilleurs véhicules sont les huiles d'olive, de vaseline, d'amandes douces. Commodité, efficacité, propreté, dosage précis, tels sont les avantages du traitement par les injections de préparations insolubles de mercure; l'auteur le place au même rang que la méthode des frictions.

II. — Cehak a employé avec grand succès les injections de thymate de mercure. Il se sert d'une suspension dans la paraffine liquide à 5 ou 10 0/0. Des injections sont faites dans les muscles de la fesse tous les deux jours avec le mélange faible, tous les quatre jours avec le mélange fort. Le traitement s'est fait sans infiltrations, sans abcès, sans stomatite.

III. — Linsdtröm a employé dans 53 cas l'huile grise suivant la formule de Lang, et a fait 531 injections. L'auteur a observé des douleurs pénibles dans la moitié des cas et des infiltrations des muscles fessiers dans 31 0/0 des cas. Les manifestations syphilitiques résistaient longtemps à ce traitement; dans un cas de syphilis tertiaire, avec sept injections de 0,2 d'huile grise, il ne put obtenir aucune amélioration des symptômes. La stomatite a été observée dans 48 0/0 des cas; dans quelques cas elle se montra un mois et demi ou deux mois après le commencement du traitement. L'auteur a observé dans cinq cas l'anémie mercurielle, la diarrhée dans quatre cas, des embolies dans deux cas, pour chacun desquels on avait fait trois injections. F. BALZER.

I. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure, par C. COCHERY (*Thèse de Paris,* 1890).

II. — Ueber die Behandlung der Syphilis und Salicylquecksilber, par WELANDER (*Archiv f. Derm. und Syph., XXI, Heft* 4).

III. — Hydrargyrum thymolo-aceticum bei Syphilis, par H. LŒWENTHAL (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, *p.* 544, 1890).

I. — L'injection sous-cutanée de benzoate de mercure en solution dans l'eau légèrement chlorurée (10 centigrammes de chlorure de sodium pour 40 grammes d'eau) ne donne lieu à aucun accident local. Les infiltrats sont excessivement rares et ne persistent jamais que quelques jours.

L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, aussi loin que possible de la face profonde du derme, avec une aiguille bien acérée. Les personnes maigres supportent plus facilement les injections que les sujets gras. Dans ce dernier cas, le benzoate injecté ne diffuse pas avec facilité et donne lieu à une réaction locale appréciable. Les places d'élection pour les injections sont : le dos, les hypochondres, les fesses derrière les grands trochanters. La quantité injectée tous les jours doit être d'une seringue et demie de Pravaz (1 centigramme de sel de mercure).

Il faut de quinze à trente injections pour faire disparaître les manifestations syphilitiques de moyenne intensité. Dans les cas graves, il faut de quarante à cinquante injections. Le benzoate de mercure est plus avantageux que le sublimé, le peptone mercurique, etc.; cela est dû à sa faible action coagulante sur l'albumine des tissus et des nerfs principalement. Cette dernière propriété explique le peu d'intensité des réactions locales. H. CH.

II. — Welander donne les résultats de 286 injections de thymate de mercure préparé par l'acide acétique. Elles ont été faites à 44 malades. Les injections étaient faites tous les quatre ou cinq jours, à la dose de 1 à 6 centigrammes dans la paraffine liquide. Les résultats confirment ceux qui ont été obtenus par Neisser, Jadassohn et Zeising. La roséole disparaît après deux ou quatre injections; les lésions papuleuses ou gommeuses après cinq ou six injections. L'auteur faisait en même temps le traitement local et donnait l'iodure de potassium. Les indurations étaient fréquentes au lieu d'injection, surtout quand on injectait sous la peau. Dans un cas, l'albumine parut dans l'urine après six injections; elle disparut en quelques jours pour reparaître de nouveau après la sixième injection. La recherche du mercure dans l'urine a été faite souvent après la terminaison du traitement; dans un cas, le mercure a pu être retrouvé 100 jours après la dernière injection. Le thymate de mercure n'est pas inférieur aux autres mercuriaux au point de vue des récidives; mais il est préférable en ce qu'il cause moins de douleurs, d'indurations et de stomatites. F. BALZER.

III.— Le thymolacétate de mercure est constitué de la façon suivante : pour 100 parties, 56,94 de mercure, 18,8 d'acide acétique, 24,57 de thymol. Dans le service de Senator, on a employé d'abord un mélange de 10 parties de paraffine liquide et d'une partie de thymolacétate de mercure pour les injections intra-musculaires. Ces injections causant des douleurs prolongées, on a remplacé la paraffine par la glycérine en y ajoutant 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Pas d'abcès, peu de salivation quand il n'y avait pas de carie dentaire; pas d'entérite.

Soixante syphilitiques ont été traités. En moyenne, une injection par semaine. Dans plusieurs cas, il a suffi de deux injections pour faire disparaître les manifestations syphilitiques; parfois, il en a fallu de quatre à huit, mais il convient de faire dix ou douze injections pour éviter les récidives.

En somme, action rapide et sûre; médicament à recommander.

L. GALLIARD.

Sul valore etiologico del gonococco di Neisser nella blennorragia, par LEVI (*Giorn. ital. delle mal. vener., juin* 1890).

Au mois d'avril, l'auteur, chargé par l'autorité judiciaire d'examiner deux petites filles victimes présumées d'un viol, constate chez elles diverses lésions inflammatoires et traumatiques. L'examen du pus montre l'existence du gonocoque de Neisser. L'individu accusé de viol fut trouvé atteint de blennorragie avec balano-posthite ; le pus contenait également le gonocoque. L'auteur discute, à propos de ce fait, la valeur étiologique du gonocoque de Neisser, qu'il considère comme la véritable cause de la blennorragie. Ayant trouvé le gonocoque dans l'écoulement des petites filles, il a pu affirmer l'existence de ce microbe dans l'urètre de l'accusé et l'expertise médico-légale a confirmé le fait.

F. BALZER.

Zur Differenzirung der Gonokokken, par STEINSCHNEIDER (*Berlin. klinisch. Wochens.*, *n°* 24, *p.* 533, 16 *juin* 1890).

Steinschneider a effectué ses recherches sur 86 individus ; 55 étaient atteints de blennorragie aiguë, 15 de blennorragie chronique, 13 n'avaient jamais eu de gonorrées et les trois restants en avaient eu jadis, mais sans présenter actuellement la moindre sécrétion urétrale.

Dans l'urètre masculin habitent et se multiplient, en dehors des gonocoques, 4 variétés de diplocoques.

1° Le diplocoque *blanc laiteux*, manifestement identique à la 7e forme de ceux décrits par Lustgarten et Mannaberg. Ses cultures pures sur l'agar-agar forment des bandes larges, humides, dentelées, à surface inférieure lisse, à surface supérieure finement granuleuse ; ces cultures, d'un blanc laiteux, un peu jaunâtre sur les bords, sont composées de diplocoques presque complètement ronds. Les cultures par piqûres croissent lentement sur la gélatine sans la liquéfier. Après coloration par le procédé de Gram, ce diplocoque garde une couleur bleu noirâtre qui devient brun noir à la suite d'une nouvelle coloration avec le brun Bismarck. Steinschneider a rencontré ce diplocoque dans l'urètre de 72 malades sur les 86 examinés.

2° Le diplocoque *jaune orangé*, identique à la 2e forme de ceux décrits par Lustgarten et Mannaberg, ainsi qu'au d. subflavus de Bumm. Ses cultures pures sur l'agar-agar ont une teinte jaune d'or de plus en plus accusée, un éclat humide, une surface lisse et des bords à peine ondulés. Elles se développent sur la gélatine en la liquéfiant. Isolément, ces diplocoques ressemblent beaucoup aux gonocoques, mais ils semblent un peu plus gros. Traités par la méthode de Gram, ils conservent leur coloration qui devient brun-noir après un nouveau traitement par le brun Bismarck. Toutefois, les cultures âgées de plus d'une quinzaine se décolo-

rent parfois; il en est de même d'ailleurs des vieilles cultures du diplocoque blanc laiteux. Steinschneider a rencontré le diplocoque jaune orangé chez 38 de ses 86 hommes.

3° Le diplocoque *blanc grisâtre*, identique à la 6e forme décrite par Lustgarten et Mannaberg. Cultures d'un blanc gris, à surface lisse, à bords nets, à consistance mucilagineuse, ne liquéfiant pas la gélatine sur laquelle leur développement a une apparence très caractéristique. Au niveau et autour de la piqûre, on ne distingue que des granulations arrondies, isolées, tandis que, sur le reste de la gélatine, se développent des sortes de feuilles, granuleuses et jaunâtres à leur centre. Chaque diplocoque est formé de deux moitiés ovoïdes juxtaposées et à peine entaillées. Le traitement de Gram les décolore entièrement; lorsqu'on les recolore par le brun Bismarck, ils prennent la même teinte brun clair que le reste de la préparation. Ce diplocoque ne s'est rencontré que 3 fois sur les 86;

4° Le diplocoque *jaune citrin*, vraisemblablement le même que la 5e forme de Lustgarten et Mannaberg. Sur l'agar-agar, il se développe abondamment et rapidement, donnant des cultures d'un jaune citron et d'un éclat humide; en se développant sur la gélatine, il la liquéfie. Chaque diplocoque est formé de deux moitiés ovoïdes, ne présentant aucune entaille; le traitement de Gram leur fait entièrement perdre leur couleur bleue; recolorés par le brun Bismarck, ils prennent la même teinte brun clair que le reste de la préparation. Ce diplocoque ne s'est rencontré que chez un seul individu sur les 86.

En résumé, des quatre espèces de diplocoques rencontrées dans l'urètre, les deux qui, comme les gonocoques, se décolorent par le traitement de Gram sont très rares et ont d'ailleurs des formes facilement reconnaissables. Donc, la méthode de Gram, préconisée par Roux (*R. S. M.*, XXX, 243) pour distinguer les gonocoques d'autres diplocoques, fournit des résultats certains dans 95,35 0/0 des cas.

Pour distinguer les gonocoques devenus invisibles au sein de préparations traitées par la méthode de Gram, il faut soumettre ces préparations à l'action d'une couleur plus claire, qui tranche si possible avec la coloration première; alors les gonocoques, de même que les éléments anatomiques, prennent cette nouvelle teinte claire, tandis que les autres espèces de diplocoques, du moins les deux plus communes, restent noirs. Le brun Bismarck ou le bleu de méthylène dilué est la teinte la plus favorable pour la recoloration des gonocoques. J. B.

Des déterminations cutanées de la blennorragie, par PERRIN (*Annales de derm.*, *nos* 10-11, 1890).

L'interprétation des phénomènes qui se passent à distance du foyer primitif dans la blennorragie est rendue difficile par ce fait que le gonocoque jusqu'ici n'a pas été constaté dans le sang. Perrin fait la critique des observations publiées jusqu'ici et admet l'existence de déterminations cutanées, le plus souvent érythémateuses, qui doivent être attribuées à l'infection blennorragique. Mais quel est le véritable agent pathogénique? Perrin est disposé à admettre qu'il s'agit d'érythèmes angio-nerveux dont la blennorragie a déterminé la production par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur. Il admet plutôt cette

origine que la possibilité d'infections secondaires auxquelles la blennorragie aurait ouvert la voie.

Ce rôle pathogénique de la blennorragie se retrouve aussi quand il s'agit des érythèmes dits balsamiques. Le copahu et les autres balsamiques, produisent le plus ordinairement des troubles gastro-intestinaux et quelquefois des toxidermies érythémateuses. Mais celles-ci ne se produisent si fréquemment que chez les sujets atteints de blennorragie.

F. BALZER.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Ueber die Behandlung... (Traitement de l'ostéomyélite aiguë suppurée), par O. THELEN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVIII*, *p.* 212).

Dans l'analyse de ce mémoire qui a été publiée dans le numéro du 15 octobre 1890, tome XXXVI, page 655, lire à l'avant-dernière ligne : « Mais cela n'est pas une raison pour renoncer au traitement local... »; au lieu de : « Mais cela n'est pas une raison pour recourir au traitement local... »

Referat über die... (Rapport sur les résultats expérimentaux concernant les sutures, les greffes et l'emploi des tampons résorbables en chirurgie), par GLUCK (*Cent. f. Chir.*, *n°* 25, *p.* 15, 1890).

L'autoplastie cutanée à lambeaux est la plus ancienne méthode plastique. Les autoplasties nerveuse, tendineuse, musculaire, osseuse, périostale à lambeaux, en sont des dérivés. L'autoplastie a donné surtout de bons résultats pour la peau, où elle a été plus perfectionnée; mais pour les autres tissus d'une organisation élevée, elle n'a donné que peu de succès. Ayant remarqué que quelquefois les sutures amènent de la nécrose, convaincu d'autre part que la circulation s'arrête souvent dans les pédicules nourriciers, et que par suite ces derniers ne méritent pas leur nom, Gluck a conçu l'idée de faire de véritables transplantations de tissus homologues et hétérologues, de substances résorbables ou non, sous le couvert de l'asepsie et de sutures exactement faites. C'est de cette idée que sont nées ses recherches sur les sutures nerveuses, sur les tampons résorbables ou capables de s'organiser, sur les sutures des artères avec conservation de leur lumière. On peut, avec les tampons, combler les pertes de substance des tissus les plus élevés en organisation. Dans la cure radicale des hernies, ils peuvent rendre des services pour obturer le canal inguinal, ce que Theim a fait avec du catgut, Gluck avec des dés d'ivoire, Trendelenburg avec un morceau d'humérus. S'il ne s'agit pas dans ces cas de réunion primitive dans le sens histologique du mot, si la structure et la spécificité fonctionnelle du matériel de transplantation ne sont pas conservées, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un champ nouveau offert à la chirurgie.

Pour les nerfs seulement, il est nécessaire que la régénération se produise afin que la fonction soit conservée. A ce point de vue, Gluck est arrivé aux résultats suivants : 1° lorsque le bout périphérique est complètement dégénéré, la régénération se fait par la division et l'allongement des cylindraxes du bout central : il se forme un nouveau nerf du centre à la périphérie ; c'est le mode de régénération de Remak, qui est semblable au développement des nerfs chez l'embryon. La durée de ce processus varie en clinique suivant le siège de la section, de un an à deux ans. 2° On peut obtenir une réunion secondaire des nerfs par la suture et la transplantation. De nouvelles fibres nerveuses naissent du bout central; en même temps il se produit une régénération spontanée dans le bout périphérique, où beaucoup de cylindraxes persistent. La durée varie de 40, 60, 80 jours suivant le degré de la régénération. Lorsqu'elle est très avancée, on peut arriver à obtenir, soit sur les animaux, soit en clinique, le phénomène d'apparence paradoxale, d'une réunion primitive d'un nerf par une suture secondaire. Il en existe dans la science deux observations à l'abri de tout reproche : celle de Langenbeck, après une suture secondaire du radial ; celle de Landerer, après une greffe d'un nerf de lapin dans une perte de substance du nerf radial. 3° On peut obtenir la réunion primitive des nerfs. La conductibilité du nerf se rétablit dans les huit jours qui suivent l'opération. Mais l'intégrité de la fonction ne se rétablit qu'au bout de trois à six mois, et encore n'est-elle jamais complète.

Le premier rétablissement de la conductibilité est produit par le tissu de granulation spécifique. Les neuroblastes ou cellules de régénération, réunissent au bout de peu de jours le bout central et le bout périphérique du cylindraxe, et se transforment jusqu'au quatorzième jour en fibres amyéliniques qui, plus tard, du dix-huitième au trentième jour, s'enveloppent d'une gaine de myéline. La dégénérescence du bout périphérique ne porte que sur quelques très rares fibres. L'impulsion venue du bout central l'a empêché de se produire.

En terminant, Gluck présente des tissus de catgut destinés à remplacer l'extrémité terminale des tendons, puis différents modèles de tampons résorbables. Un chien, chez qui le tibia réséqué a été remplacé depuis quelques semaines par un cylindre d'ivoire, court comme un chien sain. Un coq dont le sciatique a été reconstitué par une greffe, démontre la possibilité de la réunion des nerfs par première intention. Un malade, dont le nerf radial a été refait sur une étendue de 5 centimètres avec des faisceaux de catgut, deux ans et demi auparavant, se sert parfaitement de son bras. Gluck présente encore d'autres malades fort intéressants.

Dans la discussion, Kölliker déclare que le meilleur procédé pour combler les pertes de substance des nerfs, c'est la tubulisation avec des drains résorbables, procédé que Socin a employé avec succès. Gluck réclame pour lui la priorité de la tubulisation. PIERRE DELBET.

Du double plan de lambeaux comme moyen de réparer certaines pertes de substance intéressant à la fois les parties molles et le squelette de la région sous-orbitaire, par L. TRIPIER (*Rev. de chir.*, *n°* 2, *p.* 149, 1890).

L'opération décrite par Tripier et qu'il a appliquée deux fois avec succès comprend 5 temps successifs :

1° Passage à travers le bord libre des paupières de 3 fils métalliques, qui sont réunis à une certaine distance en un seul faisceau et confiés à un aide. Incision horizontale au-dessus de la perte de substance; dissection de la lèvre externe jusqu'à mobilisation suffisante de la paupière. Incision horizontale au-dessous de la perte de substance; dissection de la lèvre externe jusqu'à mobilisation suffisante de la joue. Taille de chaque côté de la perte de substance de deux petits lambeaux en volets qui devront être retournés de telle sorte que leur face cutanée regarde en arrière, leur face cruentée, en avant;

2° Dissection et suture de ces lambeaux;

3° Taille d'un grand lambeau en forme de pont pour recouvrir la plaie représentée par la surface cruentée des petits lambeaux au milieu, et la perte de substance résultant de la prise de ces lambeaux de chaque côté; pour cela incision courbe partant de l'extrémité supérieure de la petite incision latérale d'un côté, pour aller se terminer au même point du côté opposé, en passant exactement au-dessus du sourcil; 2° incision exactement parallèle à la première à une distance variable suivant la largeur à donner au lambeau. Dissection du lambeau ;

4° Abaissement de ce lambeau sur la plaie de la région sous-orbitaire et fixation par des sutures;

5° Pour combler la perte de substance résultant de la prise de ce lambeau, taille d'un petit lambeau triangulaire au moyen d'une incision oblique de bas en haut et de dehors en dedans. G. WALTHER.

Experimentelle Untersuchung über Transplantation der Schleimhäute (Recherches expérimentales sur la transplantation des muqueuses), par DJATSCHINTO (*Centralbl. für die med. Wiss.*, *n*os 35 *et* 36, 1890).

Après avoir étudié sur des chiens les différentes phases par lesquelles passe un lambeau de muqueuse transplanté sur une plaie vive, Djatschinto conseille le procédé de greffe suivant :

Le lambeau détaché devra être lavé dans une solution chaude (37° à 38°) et stérilisée de sel marin à 0,6 0/0 ; il peut y être laissé de quelques minutes à 1 h. 1/2. Il sera soigneusement débarrassé des lobules de graisse en excès, que l'on enlèvera avec des ciseaux, mais on conservera une partie du tissu conjonctif sous-muqueux qui est favorable au rétablissement de la circulation. Il faut éviter l'emploi des antiseptiques énergiques et opérer autant que possible aseptiquement. Le lambeau, grâce à une pression suffisante, devra adhérer intimement à la surface avivée, dont on aura tari avec soin l'écoulement sanguin et détergé la surface. Le lambeau sera en outre protégé contre la dessiccation.

L'endothélium des vaisseaux et les leucocytes semblent jouer le rôle actif dans l'établissement des connexions vasculaires ; dès le troisième ou le quatrième jour les capillaires des deux surfaces sont en communication. L'épithélium s'exfolie les premiers jours, mais il se régénère rapidement grâce aux cellules des couches profondes. LEFLAIVE.

Case of bone-grafting... (Greffe osseuse avec os de mouton décalcifié), par MILLER (*Lancet*, *p.* 618, 20 *septembre* 1890).

Miller a pu obtenir la guérison d'une cavité osseuse produite par une nécrose du tibia et ayant environ le volume d'un œuf de pigeon en la

comblant au moyen de fragments d'os de bœuf décalcifiés. Ces fragments, après avoir été décalcifiés dans une solution faible d'acide chlorhydrique, séjournèrent quarante-huit heures dans la solution phéniquée à 1/20, puis plusieurs jours dans la solution boriquée. Miller regarde l'emploi de greffes d'os décalcifié comme préférable à l'emploi de greffes d'os frais. A.-F. PLICQUE.

Extensive burn of leg healed by grafting with skin of dog (Brûlure de la jambe, greffe de peau de chien), par D. MILES (*Lancet, vol.* 1, *p.* 495, 1890).

Les greffes faites avec la peau de chien sur les brûlures offriraient, quand on se servirait d'un animal suffisamment jeune, l'avantage de ne point se rétracter. Le jeune chien qui fournit le lambeau dans l'observation de Miles avait sept jours. Tout le lambeau fut pris sur la paroi abdominale antérieure. Il fut appliqué par portions mesurant un pouce de long sur un demi-pouce de large. Sept mois après il n'y avait pas dans la cicatrice la moindre rétraction. A. F. PLICQUE.

I. — Surgery of the lateral ventricles of the brain (Cerveau), par W. KEEN (*Lancet*, 13 *septembre et Med. News*, 20 *septembre* 1890).

II. — A contribution to brain surgery, par Jacob FRANK et Archibald CHURCH (*Americ. J. of the med. sc., juillet* 1890).

III. — Case of extensive injury of the left frontal lobe from awound (Un cas de plaie étendue du lobe frontal gauche), par Thomas LEISHMAN (*Edinburgh med. Journal, t. II, p.* 327).

IV. — Traumatic abcess of the brain; trephining hernia cerebri, par George LAWSON (*Lancet, p.* 669, 27 *septembre* 1890).

V. — Central abcess of the brain (Abcès cérébral), par PHELPS (*N. York med. Journ., p.* 342, 29 *mars* 1890).

VI. — Un cas de tumeur du cerveau (angiome caverneux) ayant déterminé une paralysie avec contractures et des crises de convulsions toniques. Trépanation, par BREMER et CARSON (*Americ. J. of the med. sc., p.* 219, *septembre* 1890).

VII. — Traumatic epilepsy, operation, recovery, par REEVE (*N. York med. Journ., p.* 348, 29 *mars* 1890).

I. — Les lésions atteignant les ventricules, le résultat d'une fracture compliquée ou d'une application du trépan, et déterminant des dégâts étendus de la substance cérébrale, n'est point nécessairement fatal (sur 26 observations citées par l'auteur, 10 fois la guérison est notée). D'après ces observations, les fractures compliquées et les lésions étendues, à moins d'être de suite fatales, semblent moins dangereuses que la rupture des ventricules à la suite d'une simple fracture.

Dans les fractures simples ayant déterminé une lésion des ventricules, l'expérience semblerait indiquer qu'on doit attendre, pour intervenir, des symptômes menaçants. Si on intervient, la poche contenant le liquide cérébro-spinal sera drainée, d'une manière continue et lente, à l'aide de crins : il n'y a point d'autre traitement à appliquer.

L'abcès du cerveau, s'ouvrant dans un ventricule, a été presque toujours fatal : il nécessite une trépanation immédiate suivie de l'irrigation

du ventricule, bien qu'il y ait peu à espérer dans une si grave condition.

Dans l'hydrocéphalie, aiguë ou chronique, la ponction est facile et sans dangers; mais ses résultats curatifs ne sont point encore déterminés.

Dans les épanchements aigus, la ponction, avec ou sans drainage, sauvera des patients condamnés à succomber : dans les formes chroniques, on pourra essayer, avec quelque espoir de succès, le drainage lent et continu.

Après la trépanation et la ponction des ventricules, l'irrigation des cavités ventriculaires d'un côté à l'autre est non seulement possible, mais même sans danger : dans les abcès, elle peut donner de bons résultats : le liquide injecté sera un liquide cérébro-spinal artificiel ou bien une solution boriquée.

Les convulsions dues à l'issue trop rapide au dehors, du liquide cérébral, seront prévenues par l'injection du liquide artificiel ou d'un autre liquide : on devra éviter d'injecter de l'air, bien que cela ne paraisse point produire de dommage.

Les hémorragies dans le ventricule latéral, au moins celles d'origine traumatique, seront traitées par la trépanation immédiate et l'évacuation des caillots : on obtiendra ainsi la guérison dans quelques cas, à moins que les lésions du tissu cérébral ne soient incompatibles avec la vie.

MAUBRAC.

II. — 1° Jeune fille de 28 ans qui, depuis cinq ans, à la suite d'un très léger traumatisme, a présenté des phénomènes constants et progressifs de démence, ayant déterminé son internement pendant plusieurs années dans un asile. Le 2 avril 1889, sous le chloroforme, on enleva 4 couronnes de trépan, placées immédiatement et conservées dans l'eau chaude stérilisée. A l'inspection du cerveau et de la dure-mère, on ne trouva aucune lésion ; il se fit un écoulement abondant de liquide encéphalo-rachidien et un œdème rapide et marqué de l'arachnoïde et de la pie-mère, que l'on avait avec soin détachée de la surface et des sillons des circonvolutions. La dure-mère fut suturée au catgut, les fragments osseux replacés et le lambeau suturé après drainage.

La guérison opératoire fut rapide. Sept jours après survint de la parésie de la main gauche. Puis, peu à peu, l'état mental s'améliora, la malade répondit raisonnablement aux questions qu'on lui posa. La parésie ne cessa que vers le vingtième jour. Pendant dix mois, l'amélioration très notable de l'état mental persista et permettait de croire à la guérison; mais bientôt les troubles réapparurent et, le 24 mars 1890, on eut recours à une nouvelle intervention. Nouvelle incision en dehors de la première cicatrice. On découvrit le crâne; puis, avec la tréphine, on enleva une série de couronnes. On put constater que les os réappliqués dans la première intervention étaient en grande partie résorbés, mais parfaitement adhérents à la dure-mère et aux os voisins, formant une saillie assez marquée au niveau des points où ils s'étaient réunis aux os voisins.

La dure-mère n'était nullement adhérente aux circonvolutions. Un courant faradique léger fut appliqué sur différents points de la surface découverte du cerveau avec deux aiguilles stérilisées et ne détermina aucun mouvement appréciable. Il fut supposé que le retour du mouvement dans la main gauche après la paralysie qui avait suivi la première intervention, était dû à une action compensatrice du centre moteur gauche de l'avant-bras. L'opération fut terminée comme la première fois. Les suites en furent aussi

simples. Au mois d'avril, la malade pouvait écrire quelques mots très sensés à son père; puis, peu à peu, l'état mental devint meilleur; on put constater le retour d'un certain degré de mémoire, d'intelligence; elle se rendait compte de sa situation, de son état, des opérations qu'elle avait subies.

2° Malade âgé de 39 ans. A la suite d'une chute qui détermina une perte de connaissance pendant une heure et demie, le malade, en 1888, avait été atteint de convulsions d'épilepsie jacksonienne, revenant à intervalles variés, parfois trois ou quatre dans la même journée. Invariablement le point de départ des convulsions était l'index droit. Puis, plus tard, une douleur constante et violente occupa la main et les doigts de ce côté, douleur assez vive pour empêcher tout sommeil. Parésie de tout le côté droit, puis atrophie marquée. Céphalalgie frontale. L'aspect du malade est des plus misérables, exprimant la douleur qu'il éprouve, maintenant son membre supérieur droit raide, immobile, entouré de flanelles. Intervention le 21 mai.

Les pulsations cérébrales étaient normales, et n'ayant trouvé aucune lésion, on se préparait à refermer le crâne, lorsqu'on remarqua à la partie antérieure de l'ouverture crânienne un léger changement de coloration de la substance cérébrale; on agrandit l'ouverture dans cette direction; on trouva alors une tumeur solide, résistante, s'irradiant dans l'épaisseur de la substance cérébrale, occupant le milieu et le tiers inférieur de la scissure de Rolando, répondant aux circonvolutions des centres moteurs et au centre du langage. La tumeur fut disséquée et enlevée aussi complètement que possible, laissant une cavité dans le cerveau de la dimension d'une pièce de 5 francs. L'irrigation continue fut employée tout le temps de l'opération. La dure mère fut suturée et un drain placé en contact même avec le cerveau, puis les couronnes osseuses furent replacées et le lambeau suturé. Le côté droit, et surtout le bras de ce côté, dès le troisième jour, était paralysé. Vers le dixième jour apparut de la suppuration; le drain, à ce moment, était supprimé; quelques fragments d'os furent éliminés. Le 20 juin (un mois après la première intervention), on dut de nouveau inciser le cuir chevelu et ouvrir un véritable abcès au niveau du point où siégeait la tumeur. Tous les fragments osseux que l'on avait réimplantés furent enlevés, même ceux qui semblaient conserver encore une certaine vitalité; deux d'entre eux faisaient saillie vers la dure-mère.

La guérison se fit progressivement et, le 4 juillet, on constatait une grande amélioration dans la parole; des mouvements de flexion étaient survenus en partie dans la main droite, puis il marcha dans la chambre et, le 10 juillet, le mouvement était revenu dans le bras et la main. Il n'eut ni douleurs ni convulsions jusqu'au 7 septembre. Dès ce moment, les attaques revinrent, mais beaucoup moins fréquentes (tous les dix jours) et sans présenter de localisations spéciales. Le patient est actuellement en excellente santé et son état est bien différent de celui qui a précédé l'intervention.

3° Enfant de 8 ans, idiot, atteint de mouvements choréiques généralisés et constants, datant de sept ans. Trépanation au niveau des centres moteurs, faite des deux côtés, sans que l'on trouve d'autre lésion qu'un épaississement très marqué de la dure-mère. Un petit fragment du cerveau fut enlevé pour en pouvoir pratiquer l'examen histologique. Dès que le malade fut reporté dans son lit, les mouvements choréiques disparurent et n'ont plus reparu jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu le troisième jour.

4° Homme de 23 ans. Chute d'une fenêtre élevée sur le pavé. Amené dans le coma. Hémorragie par le nez et par l'oreille. Trépanation du côté droit (hémiplégie gauche). L'hémorragie osseuse fut arrêtée au moyen d'aiguilles d'os décalcifié introduites dans l'ouverture saignante. On put évacuer par la trépanation une hémorragie abondante sous la dure-mère, occupant toute la convexité des hémisphères et s'étendant jusque dans la fosse occipitale à droite.

Suture et drainage. La mort eut lieu vingt-quatre heures après sans que le malade eût repris connaissance.

A l'autopsie, on trouva une fracture étendue irradiée de la base et une hémorragie intrapéritonéale par rupture du foie, à laquelle l'auteur attribue la terminaison fatale. F. VERCHÈRE.

III. — W. C., 20 ans, est atteint, au niveau de la tempe gauche, par la culasse d'un vieux fusil qui éclatait. Une heure après l'accident, on le trouve dans l'état suivant : respiration stértoreuse et incapable de parler. Le pouls est petit, irrégulier; demi-coma dû au choc et à l'hémorragie très abondante qui s'est produite. La face est couverte de grains de poudre, surtout à gauche. La pupille droite répond à la lumière. L'œil gauche est complètement détruit et il reste à peine un fragment au niveau de la paupière supérieure. Hémorragie par la narine gauche et la bouche. La plaie la plus grave existait au niveau du frontal, au-dessus de l'arcade sourcilière. Le doigt, introduit dans la plaie, sent une fracture étendue avec enfoncement du frontal; un fragment adhérent à la dure-mère est enlevé avec la pince, ainsi qu'une grande quantité d'esquilles plus petites. Pendant cette exploration survinrent des vomissements noirâtres. Le cerveau était très gravement déchiré. Lavage de la plaie avec solution phéniquée et pansement au lint boriqué. Pendant les premiers jours apparut la suppuration sans troubles généraux, malgré les lavages fréquents, puis bientôt une hernie de la substance cérébrale.

Ce n'est qu'après la deuxième semaine que la stupeur s'atténua. La rétention des matières fécales fut remplacée par de l'incontinence. Il pouvait dire quelques mots et semblait reconnaître ceux qui l'entouraient. A ce moment, la partie herniée de substance cérébrale commença à se sphacéler. Il se fit un sillon qui, peu à peu, laissa détacher un champignon noirâtre. Ce n'est qu'après cette élimination que la cicatrisation se fit assez rapidement. La plaie de l'orbite s'était cicatrisée sans incident, et l'aspect était celui que l'on a après l'énucléation de l'œil.

Peu à peu la mémoire revint de tout ce qui avait précédé son accident, mais il ne se rappelait quoi que ce soit après cette époque. Au commencement d'août la plaie était parfaitement cicatrisée après avoir donné issue à quelques fragments plus ou moins volumineux d'os nécrosé. A ce niveau, la solution de continuité osseuse permettait de percevoir les battements du cerveau.

La santé est restée parfaite, mais l'intelligence n'est jamais revenue. La main droite est inhabile et beaucoup plus faible que l'autre. F. VERCHÈRE.

IV. — Abcès du cerveau survenu un mois après une contusion. L'incision faite au point blessé montra une nécrose partielle. L'os nécrosé fut circonscrit et enlevé par trépanation. L'incision de la dure-mère donna issue à une quantité considérable de pus. Drainage. Guérison obtenue malgré une hernie cérébrale au point trépané. A.-F. PLICQUE.

V. — Un homme âgé de 34 ans est atteint de fracture compliquée du crâne, siégeant au-dessus et en arrière de l'oreille droite. Hémorragie par l'oreille, pas de perte de connaissance, pas de paralysie ni d'anesthésie. Trépanation immédiate, extraction de fragments osseux; on ne trouve pas de lésion de la dure-mère. Suture, réunion par première intention.

Le 8e jour, fièvre 101°.4 Fahrenheit, raideur de la nuque. Le 17e jour, guérison apparente.

Le 23e jour, céphalalgie, délire, hémiplégie et hémianesthésie à gauche. P.56.—T.98°.6. On fait alors une incision au niveau de la fracture et on trouve un abcès cérébral qu'on lave et qu'on draine. Mort au bout de seize heures.

Autopsie. La fracture occupe la partie postéro-inférieure du pariétal droit, et intéresse en même temps l'occipital et le rocher. L'abcès, situé dans la

profondeur des lobes pariétal et occipital, est entouré d'une faible zone de ramollissement, mais il est séparé des méninges, au niveau de la fracture, par une zone de tissu sain qui a un quart de pouce d'épaisseur.

L'abcès s'est donc formé *à distance*. L. GALLIARD.

VI. — Homme de 23 ans, malade depuis trois ans. Le premier symptôme fut une contracture localisée dans les muscles du bras gauche et du cou. Cette contracture, dans les débuts de son affection, revenait régulièrement deux fois par jour, puis plus fréquemment et enfin d'une façon tout à fait irrégulière.

Six semaines plus tard, la contracture devint continue dans le pied gauche et simultanément apparurent les premiers symptômes d'hémiparésie. Progressivement la jambe droite devint raide et immobile. Les spasmes survinrent dès lors et suivirent dans un ordre régulier, du moins dans les derniers temps, les différents groupes de muscles, mais en débutant toujours par les muscles du cou. Tous ces symptômes : spasmes, contractures et paralysies, avaient toujours été en augmentant.

Le diagnostic clinique était : paralysie cérébrale (hémiparésie) avec contractures, compliquée de convulsions toniques intermittentes. L'origine paraissait devoir en être attribuée à une tumeur cérébrale siégeant au niveau ou au voisinage de la scissure de Rolando, donnant lieu à une excitation des centres psycho-moteurs. Ce diagnostic fut posé malgré l'absence de certains signes que l'on rencontre dans les cas de tumeur : douleurs de tête, vertiges, perte de mémoire. Mais la forme des contractures, de l'hémiparésie, flexion prédominant au bras, extension à la jambe, l'atteinte de la jambe du côté opposé (3e degré d'hémiplégie d'Hughlings Jackson) permettaient d'affirmer une tumeur. Était-elle corticale ou interstitielle? il était difficile de l'établir. Quant à sa nature, on ne pouvait que penser à sa bénignité.

L'intervention eut lieu le 26 mars 1890. Le malade prit, une heure avant, 2 drachmes d'extrait fluide d'ergot et, une demi-heure avant, une injection sous-cutanée de sulfate de morphine. Trépanation. Le cerveau fit saillie dès l'incision de la dure-mère.

La tumeur était accessible de trois côtés : en arrière, en bas et en haut. En avant, elle semblait se confondre avec la substance saine. On enfonça une aiguille exploratrice qui sembla rencontrer un tissu un peu plus résistant. Cette exploration fut suivie d'un flot de sérum, puis de sang absolument pur. La tumeur s'affaissa, mais bientôt reprit sa tension primitive. Avec le manche d'une cuiller mousse, la tumeur fut assez rapidement séparée du cerveau. Elle occupait l'écorce cérébrale en grande partie, mais aussi s'enfonçait dans la substance sous-corticale.

Les rondelles osseuses furent réimplantées : cicatrisation par première intention. Le malade n'eut plus de spasmes depuis l'opération.

Trois jours après l'opération, la paralysie s'accentua et de nouveaux groupes musculaires furent atteints. Paralysie complète des muscles du cou, du bras gauche; impossibilité d'étendre la main gauche. Anesthésie complète des bras, incomplète du côté gauche de la face.

Quinze jours plus tard, les conditions étaient changées et, actuellement, cinq semaines après l'intervention, il peut s'asseoir sur son lit et a reconquis l'usage de tous les muscles paralysés après l'opération.

Les spasmes n'ont pas reparu. Le malade peut s'étendre dans son lit, fléchir et étendre le cou. Il a perdu, pendant quelque temps seulement, la sensibilité musculaire dans la main gauche, et surtout dans le 4e et le 5e doigt. La sensibilité à la piqûre, au pincement est très diminuée dans les 3 derniers doigts. De plus, il lui est très difficile de dire exactement quel est le doigt lésé par une exploration. Au début, difficulté à répondre aux questions qu'on lui posait; il semblait avoir besoin de rassembler ses mots avant de

répondre; mais, depuis, l'hésitation a disparu et il répond très promptement. La cicatrisation est parfaite et les greffes osseuses paraissent avoir repris complètement. F. VERCHÈRE.

VII. — Un garçon de 9 ans est atteint, en 1879, de fracture compliquée du pariétal gauche, avec hernie du cerveau; il guérit. Deux ans plus tard, première attaque d'épilepsie et, à partir de ce moment, les accès se manifestent assez souvent. C'est seulement en 1888 que les parents autorisent l'intervention chirurgicale.

Opération le 20 novembre 1888 : incision demi-circulaire, dissection des parties molles. Au point où l'os fait défaut, la dissection est difficile. On ne trouve pas de fragment osseux qui puisse avoir causé les attaques; on extirpe seulement un promontoire qui semble déprimé. On ne met pas à nu la substance cérébrale. La dissection du tissu cicatriciel provoque une hémorragie qui nécessite la cautérisation au fer rouge et la compression. Guérison. Pendant quelques jours, parésie du membre supérieur droit.

Depuis cette époque, l'opéré n'a eu qu'une seule fois des convulsions.

L. GALLIARD.

I. — Casuistischer Beitrag zum Capitel der Hirnchirurgie, par H. OPPENHEIM et R. KŒHLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 677, 28 *juillet* 1890).

II. — Fall von Ruptura art. Mening. dextræ mit Hæmatom bei intactem Scheitel, geheilt durch Trepanation, par KRŒNLEIN (*Corresp.-Blatt f. schweizer Ærzte*, *n°* 13, *p.* 429, 1er *juillet* 1890).

I. — Femme de 36 ans, enceinte de 7 mois, atteinte depuis 7 mois de monoplégie facio-brachiale gauche avec émoussement de la sensibilité des régions correspondantes et attaques d'épilepsie corticale, débutant par la moitié gauche de la face et se propageant ensuite au pouce et à l'index, puis à la totalité du membre supérieur gauche. En même temps, il y a affaiblissement de la mémoire, lenteur de compréhension, irritabilité et tendance à pleurer; céphalée frontale. Rien à signaler du côté des yeux. Parésie peu marquée du membre inférieur gauche. Aggravation par la médication mercurielle, état soporeux.

Trépanation par Kœhler, suivant le procédé de Wagner (*R. S. M.*, XXXV, 596). A la profondeur de 1 centimètre, le doigt de Kœhler parvint dans un kyste gros comme un œuf contenant 100 grammes de sérosité claire et une matière colloïde coagulée ayant la forme et la dimension d'un petit pouce. Malgré un agrandissement de la plaie osseuse primitive, Kœhler n'est pas sûr d'être arrivé à la limite antérieure de la tumeur, dont il s'est borné à enlever tout ce que les doigts pouvaient atteindre : il a également laissé en place, comme trop profonde, la paroi inférieure du kyste qui, d'ailleurs, n'offrait pas de teinte anormale. La tumeur était un gliome. L'opération dura deux heures; guérison complètement apyrétique avec température maximum de 37,3.

La femme est accouchée huit semaines plus tard. Le 19e jour après la trépanation, elle commença à mouvoir volontairement son bras gauche; seuls les mouvements des interosseux et de l'opposant du pouce laissent à désirer. Il reste encore de la parésie du facial gauche, mais la céphalalgie, les troubles de la sensibilité du membre supérieur ont disparu ainsi que la faiblesse du membre inférieur gauche.

Depuis l'opération, cette femme n'a eu qu'un seul accès convulsif, survenu au bout d'un mois, à la suite d'une rétention passagère du pus. J. B.

II. — Homme ayant fait une chute sur la tête. Un quart d'heure plus tard apparaissent du coma, des vomissements et d'autres signes de compression cérébrale. Krœnlein diagnostique un hématome intra-crânien et pratique la trépanation six heures après l'accident.

L'introduction d'une petite lampe à incandescence ayant permis de reconnaître que l'artère méningée saignait encore, on la tamponna avec de la gaze iodoformée.

Au bout de deux heures, déjà il y eut de l'amélioration ; au bout de six heures, le malade était en état de répondre aux questions. Guérison complète cinq semaines après. J. B.

Treatment of the fractures of the base of the skull (crâne), par H. WYMAN (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 206, 9 *août* 1890).

Wyman a constaté, à l'autopsie de 26 sujets morts de fracture de la base du crâne, que l'hémorragie, cause de la mort, siégeait dans le plus grand nombre des cas entre la dure-mère et l'os, et que la méningée moyenne était blessée : quelquefois le sang était épanché dans la substance cérébrale, et venait des vaisseaux de la première ou des artères cérébrales. En ce cas, la mort était probablement due à la commotion ou à la désorganisation des cellules cérébrales.

Le plus souvent, la mort résulte de la compression plutôt que de l'inflammation du cerveau ; aussi y a-t-il lieu d'enlever le caillot, cause de la compression. Le siège du caillot s'établit par les symptômes propres aux lésions des organes contenus dans les divers étages du crâne.

Comme c'est la méningée moyenne qui est ordinairement déchirée, la couronne de trépan sera appliquée immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique du côté fracturé ; on sera obligé d'inciser largement le cuir chevelu, de disséquer le muscle temporal, et de sectionner de nombreux filets du nerf facial.

S'il existe une ecchymose palpébrale, des signes permettant de localiser le caillot dans la fosse antérieure, on trépanera juste au-dessus du rebord sourcilier.

Si le caillot siège dans la fosse occipitale, il faudra diviser le trapèze à son insertion occipitale et trépaner en ce point.

L'usage d'une curette appropriée est indispensable, car le caillot est toujours adhérent et ne s'enlève que difficilement. MAUBRAC.

Der knöcherne Essatz grosser Schædeldefekte (Obturation osseuse des larges pertes de substance du crâne), par KŒNIG (*Cent. f. Chir.*, *n°* 27, *p.* 497, 1890).

Un homme de 30 ans s'était fait une large blessure au crâne en tombant d'un wagon à New-York. Après sa guérison, il revint chez lui dans le Hanovre. On le vit alors tomber dans un abrutissement progressif, qui alla presque jusqu'à l'imbécillité complète. La mémoire était surtout atteinte : il ne se rappelait pas ce qu'il lisait pendant plus d'une minute. La santé générale était altérée, et il survint quelques crises de forme épileptique. Lorsque le malade entra dans le service de Kœnig, on constata une large perte de substance osseuse, qui portait sur une partie du temporal et du pariétal gauche. Lorsque le malade était debout, on voyait dans la région temporale, une dépression ovale longue de 8 centimètres, large de 5, assez profonde pour loger la moitié d'un œuf. Lorsque le malade était couché ou placé tête pendante, la dépression était remplacée par une saillie, qui suivait les mouvements du cœur et ceux de la respiration. En même temps le malade se plaignait de douleurs de tête et d'étourdissements. Comme il était manifeste que la situation anormale du cerveau, que les froissements et la pression aux-

quels était exposée la couche corticale dans toutes les positions du corps étaient la cause des troubles, Kœnig se décida à essayer de combler la perte de substance osseuse. Dans ce but, il fit l'opération suivante difficile à comprendre sans dessin. D'abord il fit une incision tout autour de la perte de substance, sauf en un point rapproché du sourcil, où il laissa un pédicule large d'un centimètre et demi. Puis il tailla un lambeau d'emprunt en haut et en dedans, séparé de la perte de substance par un éperon, et dont le pédicule fut laissé en arrière, ce lambeau fut circonscrit par une incision allant jusqu'à l'os; quand la peau et le périoste se furent rétractés, il enleva avec un large ciseau une mince couche d'os, si bien que le lambeau comprenait la peau, le périoste et une lame osseuse. Ce lambeau étant préparé, la cicatrice, précédemment circonscrite par l'incision que j'ai décrite, fut disséquée. Dans ce temps, l'espace sous-arachnoïdien fut ouvert, et il s'écoula une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Le lambeau cutané osseux fut amené dans la perte de substance et suturé tout autour, tandis qu'au contraire le lambeau cicatriciel servit à combler la plaie d'emprunt. Une petite surface osseuse restant à nu fut couverte avec une greffe de Thiersch.

La cicatrisation se fit sans suppuration ni fièvre. Très rapidement le malade recouvra l'intégrité de son intelligence. Les crises épileptiques n'ont pas reparu.

Kœnig fait remarquer que si la méthode de Wagner est excellente pour les petites pertes de substance, elle ne peut être utilisée pour les grandes. Il pense que le procédé qu'il a imaginé pourrait être employé dans la trépanation ordinaire. Naturellement, il serait inutile, dans ce cas, de faire un lambeau d'emprunt. Il suffirait d'enlever une lamelle osseuse avec le lambeau destiné à mettre l'os à nu. PIERRE DELBET.

Z. patholog. Anatomie d. Rückenmarks-Erschütterung (Sur l'anatomie pathologique de la commotion médullaire), par SCHMAUS (*Münch. med. Woch.*, *n°* 28, 15 *juillet* 1890).

Travail basé sur trois observations et une expérience sur un chat. On trouve, lorsqu'il y a destruction des fibres nerveuses, une nécrose traumatique directe du cylindre-axe. Ainsi s'expliquent les accidents, dans les cas d'autopsie positive.

Mais il y a plus de fibres détruites que nous n'en pouvons déceler, dans l'état de nos moyens d'observation; cette considération explique les cas où l'on trouve peu de lésions par rapport à l'importance des symptômes observés pendant la vie.

Le trauma peut suspendre la fonction des fibres nerveuses sans que celles-ci soient fatalement destinées à disparaître. Ainsi s'expliquent les cas terminés par guérison.

Une circonstance accidentelle, légère, peut entraîner la destruction des fibres nerveuses, simplement en état d'inertie, du fait du traumatisme. Ainsi s'expliquent les cas où les accidents apparaissent tardivement, quoique l'on trouve des lésions anatomiques marquées dans la moelle. Lorsque celles-ci font défaut, il s'agit sans doute d'un trouble fonctionnel chronique.

Enfin, et cette considération est fort importante, il peut se développer de la gliose médullaire. P. TISSIER.

Spina bifida. Excision. Guérison, par COCKBURY (*Americ. J. of the med. sc. p.* 165, *août* 1890).

Enfant du sexe masculin. Dès sa naissance, on remarqua une petite tumeur siégeant au niveau du sacrum et du volume à peu près d'un demi-œuf de poule. Deux mois plus tard, la tumeur avait atteint 8 doigts de circonférence, transparente dans presque toute son étendue. Réductible à la pression sans déterminer de troubles nerveux. L'ablation de la tumeur eut lieu le 14 novembre. Incision elliptique circonscrivant toute la tumeur et faite dans les tissus sains. Dissection attentive du rachis bien fermé, sauf à la partie inférieure, où la paroi était remplacée par des bandes de tissu fibreux résistantes rattachant la tumeur au sacrum. L'ouverture du canal étant reconnue, on détacha de tous côtés le pédicule de la tumeur du tissu fibreux dense qui l'entourait. Le pédicule sortait d'une ouverture ayant 1/2 doigt de diamètre, au niveau de la première vertèbre sacrée. La tumeur fut alors comprimée légèrement de façon à faire rentrer dans le canal rachidien le plus de liquide encéphalo-rachidien possible, et on jeta une ligature de catgut sur le pédicule. Au moment où la ligature fut serrée, on produisit un mouvement subit d'extension avec raideur des membres inférieurs, accompagné de troubles respiratoires, cessation du bruit respiratoire et des mouvements du thorax. Avec un trocart, ponction dans la tumeur et issue de 3 onces de liquide cérébro-spinal. La respiration se rétablit rapidement et les autres symptômes nerveux disparurent. On disséqua aussi scrupuleusement que possible les filets nerveux contenus dans la tumeur, puis on les réintroduisit dans le canal rachidien. Résection du sac. Sutures profondes et superficielles. Erysipèle le 30 novembre, qui, parti de la plaie, s'étendit à toute la jambe droite. Malgré cette complication, guérison complète. F. VERCHÈRE.

Goitre volumineux d'une glande thyroïde accessoire; extirpation; résection des carotides primitive, interne et externe; guérison, par P. IEMOLI (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino, p.* 477, *juin* 1890).

Femme de 52 ans, ayant depuis 25 ans sur la partie latérale droite du cou une tumeur qui s'était accrue lentement avec des poussées pendant les grossesses, de façon à atteindre le volume d'une tête de fœtus, et à s'étendre de l'apophyse mastoïde jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule en occupant les régions carotidienne et sous-claviculaire droites jusqu'aux apophyses épineuses des vertèbres cervicales ; la tumeur était adhérente à la peau, ne suivait pas la trachée dans les mouvements de déglutition. L'opération étant gênée par une hémorragie très abondante, on recourut à la ligature et à la résection des vaisseaux carotidiens ; après l'extirpation de la tumeur, on put constater que le corps thyroïde était intact ; il ne se produisit aucun incident les jours suivants. La tumeur, qui pesait 680 grammes et mesurait 18 centimètres de longueur sur 16 centimètres de large, était adhérente aux tissus du voisinage et entourée d'une capsule fibreuse, elle était formée d'un vaste kyste à parois épaisses, renfermant une substance d'apparence crémeuse constituée par des granulations pigmentaires, des cristaux de cholestérine et des globules sanguins déformés. GEORGES THIBIERGE.

De l'exophtalmos pulsatile à propos d'une opération de ligature des deux carotides primitives pour exophthalmos pulsatile, par LE FORT (*Revue de chirurgie, n°* 5, *p.* 369, *et n°* 6, *p.* 457, 1890).

Le Fort a opéré en 1888 une jeune fille de 10 ans atteinte d'exophtalmos pulsatile à la suite d'un coup de pied de cheval sur la région pariétale droite. La compression sur la carotide primitive droite faisant cesser le souffle et le

bruit de rouet intra-crânien, cette carotide fut liée. Les accidents reparaissant vingt jours après l'opération et se manifestant même du côté gauche, Le Fort pratiqua la ligature de la carotide gauche ; celle-ci amena la guérison définitive qu'on put constater par un examen fait seize mois après cette seconde ligature.

Après avoir passé en revue les différentes méthodes de traitement, Le Fort donne un relevé des ligatures de la carotide primitive.

La ligature a été faite sur 62 malades, et chez 3 d'entre eux des deux côtés; soit 65 opérations avec 8 morts; 12, 3 0/0 de mortalité.

Les résultats thérapeutiques de la ligature sont les suivants : guérison complète 34 ; guérison partielle 4; récidives ou insuccès 14; insuccès complets 2 ; morts 8.

La ligature de la carotide primitive est le seul traitement efficace de l'exopthalmos pulsatile. Elle n'est que rarement suivie d'accidents cérébraux, si fréquents dans les autres circonstances où l'on fait cette ligature.

Si la ligature du tronc carotidien a pour effet à peu près constant d'arrêter immédiatement les pulsations et les bruits intra-crâniens, il est assez fréquent de les voir reparaître, mais affaiblis, quelques minutes, quelques heures ou quelques jours après l'opération. Cette apparente récidive ne doit pas décourager le malade et le chirurgien, car la guérison survient assez souvent d'elle-même après quelques heures ou quelques mois.

Si l'exophtalmie est double, ou si, dans un cas d'exophtalmos unilatéral traité par la ligature de la carotide, il y a récidive et que la compression de la carotide du côté opposé arrête les pulsations, le bruit de souffle et les bruits intra-crâniens, il ne faut pas hésiter à faire la ligature de la seconde carotide. C. WALTHER.

Lungenhernie, par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 14, *p.* 326, 7 *avril* 1890).

Litten présente un ouvrier ayant depuis 1869 une hernie du poumon gauche, consécutive à une fracture de quatre côtes.

On sent immédiatement à gauche du sternum une lacune dans la paroi costale, par laquelle vient faire saillie, pendant la toux, une tumeur crépitante qui rentre durant l'inspiration. Au niveau de cette hernie il n'existe plus trace des muscles pectoraux et intercostaux; la main n'est séparée de la tumeur que par la peau et le tissu adipeux sous-cutané. J. B.

I. — Abcess of lung : paracentesis, recovery, par Prideaux SELBY (*Brit. med. J.*, *p.* 766, *octobre* 1889).

II. — Case of gangrene of lung treated by operation, par SYMONDS et GEE (*St Barth. hosp. Rep.*, *XXV*, *p.* 253).

III. — A case of drainage of pulmonary cavity, par DENISON (*Journ. of amer. Assoc.*, *p.* 376, 15 *mars* 1890).

I. — Un charpentier de 36 ans reçoit un coup sur la poitrine. Huit jours après, douleur thoracique et signes de pneumonie traumatique, suivis de frisson et de fièvre hectique. On diagnostique un empyème et on fait infructueusement trois ponctions exploratrices. Une quatrième ramène du pus fétide. Opération, résection d'une côte, incision de la plèvre : pas d'épanchement purulent, mais un poumon dur et hépatisé, au centre duquel était probablement l'abcès. On n'ose faire la pneumotomie et on referme la plaie

thoracique. Malgré des accidents graves, le malade finit par guérir après avoir éliminé des portions de poumon sphacélées. H. R.

II. — Homme de 33 ans, ayant eu, six semaines auparavant, une fracture du rocher. Début de l'affection pulmonaire très insidieux : on ne s'en aperçoit que par la présence d'une expectoration fétide et par le mauvais état de la santé générale. L'auscultation ne donne que des râles à la base du poumon gauche. Toux quinteuse. Au bout de quelques jours, matité, bronchophonie et souffle profond en ce point. En raison de l'expectoration gangréneuse et de l'état grave, la huitième côte est réséquée et la plèvre ouverte : on tombe dans une large cavité gangrenée, à parois anfractueuses manifestement pulmonaires. Drainage, lavages antiseptiques. Amélioration immédiate et progressive; mais cinq semaines après, alors que la guérison semblait certaine, hémoptysie énorme qui emporte le malade.

L'autopsie révéla une cavité en voie de cicatrisation, sans anévrisme pulmonaire évident. H. R.

III. — Un homme de 26 ans était atteint de tuberculose arrivée au troisième degré dans le poumon droit. Malgré un traitement actif, le ramollissement continuait : on résèque alors les sixième et septième côtes, et on pénètre dans une caverne qui contenait quatre onces de pus : une solution de vaseline et de salol est injectée deux fois par jour, et un tube de caoutchouc de 4 pouces 1/2 de long est introduit dans la cavité.

Quatre mois après, une amélioration considérable dans l'état général ainsi que dans l'état local s'était produite. MAUBRAC.

Ein Verfahren... (Procédé pour remédier au pneumothorax aigu consécutif à l'ouverture de la paroi thoracique), par O. WITZEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 28, *p.* 523 ; 1890).

Dans un cas où il avait dû enlever une grande partie d'une côte et une portion de l'apophyse transverse, Witzel eut l'idée de remplacer le pneumothorax par un hydrothorax et de vider ensuite ce dernier. Pour obtenir ce résultat, il place une sonde dans la cavité pleurale, ferma la plaie hermétiquement sauf en un point, et injecta de l'eau boriquée à la température du sang. L'air s'échappait par la partie de la plaie laissée ouverte. Il se produisit pendant ce temps un peu de cyanose. La plèvre étant remplie, on acheva de fermer hermétiquement la plaie ; alors le liquide légèrement coloré en rouge s'écoula avec une certaine rapidité en même temps que la respiration et les battements du cœur se régularisaient. La percussion pratiquée immédiatement donna dans toute la poitrine la sonorité du poumon; l'auscultation permit de reconnaître le murmure vésiculaire sauf en un point, en arrière, où il existait quelques frottements dus sans doute à un caillot. Les suites furent on ne peut plus favorables : tout se comporta comme si la plèvre n'avait pas été ouverte. PIERRE DELBET.

Un cas d'enchondrome du sternum. Résection de cet os. Guérison, par DUDON (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 *juin* 1890).

Femme de 28 ans. En 1885, une amie de la malade s'étant placée derrière elle, voulut brusquement amener en contact ses deux coudes rejetés en arrière, les avant-bras étant fléchis et les poings aux hanches. Un craquement douloureux fut immédiatement senti au niveau du sternum, et quelques jours après apparut une tumeur dure qui peu à peu s'accrut. Une année plus tard cette tumeur, siégeant à la partie supérieure du sternum, et d'une forme ovoïde à grand axe vertical, était bosselée, dure, cartilagineuse et de la grosseur d'un œuf de poule; elle adhérait fortement à l'os. Son ablation fut pratiquée après détachement de ses adhérences sternales et évidement de l'os sur

certains points. La plaie se réunit par première intention. Le microscope révela un enchondrome.

4 mois plus tard une récidive se montrait à la partie inférieure de l'ancien néoplasme, et en décembre 1888, cette tumeur atteignait le volume d'un gros œuf de poule, en envoyant deux prolongements latéraux à deux ou trois centimètres le long des clavicules. Ses caractères sont les mêmes que dans le premier cas, sans adhérences à la peau et sans douleurs locales; quelques irradiations dans le bras. Quelques jours après on pratique ainsi la résection du sternum : dans un premier temps la tumeur est découverte par une incision en T, détachée du sternum et enlevée; un deuxième temps comprend le détachement des clavicules dans leurs articulations sternales, la section des cartilages de la première et de la deuxième côte à gauche et à droite, et la section transversale du sternum au-dessus des articulations de la troisième côte. Enfin on termine l'opération par l'isolement de bas en haut du segment sternal en le séparant du tissu cellulaire du médiastin et en sectionnant les attaches des muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens et sterno-mastoïdiens. Pansement antiseptique, et guérison en six semaines, une congestion hypostatique aux deux bases et une médiastinite suppurée étant survenues. Aucun accident du côté des plèvres ni du côté du péricarde. Six mois après cette intervention on procède encore à l'ablation de trois petits noyaux de chondrome développés dans les fibres musculaires des pectoraux au niveau de la cicatrice. Depuis une année, rien de nouveau. OZENNE.

I. — Die Sequestrotomie und die Ercœffnung von Knochenabcessen... (De l'incision des abcès osseux avec ablation simultanée de la cavité du séquestre), par RIEDEL (*Berlin. klin. Woch.*, 26 *mai et* 2 *juin* 1890).

II. — Healing of aseptic bone cavities, etc. (Du traitement des cavités osseuses aseptiques par la méthode de Senn), par W. MACKIE (*Med. News*, *p.* 203, 30 *août* 1890).

I. — Quand on se borne à enlever les séquestres osseux, sans toucher à la loge qui les contient, il n'est pas rare de voir, après de longues années de guérison apparente (dans un cas de Riedel même au bout de quarante ans), réapparaître une inflammation de cette cavité qui ne s'est pas oblitérée, malgré les drainages. Chez d'autres opérés, il se produit des poussées inflammatoires annuelles ou saisonnières, ou il persiste des fistules. Riedel rapporte un certain nombre de faits de ce genre qui l'ont décidé à appliquer aux loges de séquestre le même traitement chirurgical qui lui réussit depuis 1882 contre les vieux ulcères variqueux. Nous renvoyons à l'original pour le manuel opératoire et le traitement secondaire, qui est très important. Riedel conclut :

L'ablation de la cavité du séquestre, en cas d'ostéomyélite aiguë, assure une guérison définitive dans le minimum de temps ; les os reprennent leurs formes normales et la cicatrice est solide. Dans les cas de tuberculose où l'on pourra la pratiquer, on en obtiendra également les meilleurs résultats. J. B.

II. — Mackie rapporte 14 observations de malades qu'il a traités par la méthode de Senn pour diverses affections osseuses, ostéomyélites primitives circonscrites ou diffuses, ostéomyélites consécutives à des fractures compliquées, tuberculoses du genou, du tibia.

L'auteur a appliqué la méthode de Senn (Voy. *R. S. M.*, XXV, 264), implantation d'os décalcifiés) et a obtenu d'heureux résultats chez chacun de ses malades. MAUBRAC.

Di alcune importanti operazioni alle ossa ed alle giunture, par F. PARONA (*Archivio di Ortopedia, VI, nos 1 et 2*).

L'auteur rapporte une série d'opérations remarquables avec photographies à l'appui et fait suivre chaque observation de considérations intéressantes. Ce sont :

1° Un cas de périostite phlegmoneuse diffuse de la totalité du cubitus avec arthrite suppurée du coude chez un garçon de 12 ans ; résection précoce totale du cubitus, sauf l'épiphyse inférieure, avec ouverture de l'articulation du coude : guérison avec reproduction osseuse et conservation des mouvements ;

2° Un cas de résection des deux genoux, dans le but d'obtenir une double ankylose, chez une enfant de 10 ans, atteinte, depuis 7 ans, d'une paralysie complète des membres inférieurs consécutive à une paralysie infantile aiguë. L'enfant ne pouvait marcher à cause de l'atrophie des membres et de la flaccidité des genoux. Au bout de quelques mois et à l'aide d'un corset, elle put marcher sans difficulté ;

3° Un cas de luxation pathologique en avant de la tête du fémur droit, consécutive à la rétraction cicatricielle d'une énorme brûlure de la région fessière, chez une fillette de 7 ans. La tête luxée s'opposait à la flexion et à l'adduction de la cuisse. Résection de la tête fémorale ; division consécutive des brides fibreuses s'insérant au grand trochanter (muscles fessiers) pour remédier à l'aplatissement de la fesse et à la déviation du périnée. Guérison parfaite ;

4° Un cas de luxation irréductible de la hanche droite, datant de deux mois, chez un homme de 51 ans, réduite avec succès par la méthode sanglante sans résection de la tête ;

5° Et enfin un cas analogue de luxation extra-coracoïdienne de l'humérus gauche, irréductible, datant de 7 mois, chez un jeune homme de 23 ans ; mais dans ce cas la tête humérale déplacée était le siège d'une ostéite avec trajet fistuleux, et la cavité glénoïde était en partie comblée par du tissu fibreux, de telle sorte qu'il fut nécessaire, pour réduire, de réséquer la tête. La guérison fut complète, et le membre récupéra la presque totalité de ses mouvements.

DE SANTI.

Resection der Gelenkpfanne der Hüfte (Résection de la cavité cotyloïde), par BARDENHEUER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 19, *p.* 397, 1890).

L'auteur a réséqué trois fois la cavité cotyloïde, après avoir diagnostiqué l'inflammation septique des lignes épiphysaires.

1° Garçon de 15 ans, ayant des frissons depuis 5 semaines, et une fièvre vive ; douleurs au genou, flexion de la cuisse gauche. Le squelette fémoral paraît sain. Le toucher rectal permet de reconnaître un épaississement du fond de la cavité cotyloïde.

Taille symphysienne, décollement du périoste de la fosse iliaque ; en suivant la paroi latérale du petit bassin, on arrive à un abcès qu'on incise et l'on voit le pus s'écouler de l'articulation. Excision du fond de la cavité cotyloïde à l'aide de la gouge. Drainage de la cavité, le drain passant sous l'arcade du pubis. Pansement à l'iodoforme.

Marche favorable. On voit secondairement s'éliminer une sorte de capsule provenant de la tête du fémur ;

2° Fille de 12 ans, ayant eu des phénomènes typhoïdes pendant 7 semaines, puis un abcès de la fosse iliaque et de l'aine gauches avec propagation à la face interne de la cuisse ; deux incisions suivies de 2 fistules. Pendant la 13e semaine, hémorragie abondante par une des ouvertures. L'auteur cons-

tate alors l'immobilité de la cuisse et, par le rectum, il trouve un abcès de la paroi interne du bassin.

Incision sus-symphysienne allant jusqu'au tiers externe du ligament de Poupart. Le péritoine étant décollé, on trouve le périoste détaché, et l'on voit une fissure correspondant au fond de la cavité cotyloïde d'où le pus s'échappe. Excision de tout le fond de la cavité à l'aide de la gouge et du maillet. Mort 6 heures après l'opération ;

3° Garçon de 5 ans, portant un vaste abcès iliaque et lombaire, développé à la suite d'accidents aigus, et incisé. La suppuration persistant, l'auteur explore la face interne du bassin et constate un abcès.

Incision symphysienne, résection de la cavité cotyloïde ; on voit la tête du fémur couverte de granulations.

Huit jours plus tard, la résection de la tête du fémur est nécessaire. Guérison rapide.

L'auteur pense que, dans les cas où la tuberculose débute par la cavité, l'opération devra être faite de bonne heure et réussira mieux que quand elle est pratiquée à la suite de la résection de la tête. L. GALLIARD.

Ein Fall von multipler, acuter, eiteriger Myositis (Myosite aiguë suppurée multiple), par BUSCH (*Wien. med. Presse*, *n°* 25, *p.* 1004, 1890).

Un jardinier de Beyrouth, ayant passé une nuit du mois d'août 1889 sur une dalle de marbre, se réveille avec une vive douleur à l'épaule gauche. On essaye de le faradiser, mais la douleur s'exaspère. Le 5e jour, apparition de points fluctuants dans les muscles sus- et sous-épineux et dans le deltoïde à gauche, dans les sus- et sous-épineux à droite; ouverture des abcès.

Au bout de 15 jours, les plaies sont guéries et rétractées. Les masses musculaires ayant fondu laissent saillir les épines des omoplates. Les muscles des autres régions ont conservé leur relief normal. Les fonctions des membres supérieurs sont compromises. L'auteur ne donne pas de renseignements sur l'évolution ultérieure. L. GALLIARD.

I. — Treatement of simple fracture of the patella by widing (Suture de la rotule), par PHELPS (*N. York med. Journ.*, *p.* 595, 31 *mai* 1890).

II. — Fractures de la rotule traitées par la suture, par L. CHAMPIONNIÈRE (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, *t. XV*, *p.* 485).

I. — Phelps a traité par la suture 42 cas de fracture simple de la rotule dans l'espace de 5 années. Il immobilise d'abord le membre, applique de la glace quand il y a menace d'inflammation; dans les autres cas, il fait des applications humides et chaudes. Il opère en général du 7e au 14e jour; quand les parties molles semblent fortement lacérées, il retarde l'intervention ; de même si la contusion est très intense. Rarement il faut attendre plus de 10 jours.

L'asepsie est indispensable : irrigation au sublimé. Il est nécessaire d'ouvrir la jointure, d'enlever les caillots sanguins et aussi le tissu fibreux qui s'interpose entre les fragments. L'auteur emploie pour la suture du fil d'argent et a soin de traverser les fragments verticalement ; il n'enlève jamais ce fil.

L'auteur insiste sur la nécessité de fermer la jointure et d'éviter toute communication avec la plaie des parties molles; on peut le faire en suturant la capsule avec le catgut. La plaie superficielle doit être drainée,

afin que la suppuration dont elle peut être le siège ne menace pas la cavité articulaire.

Le membre doit être immobilisé pendant trois semaines, et le malade ne se lève qu'à la fin de la quatrième semaine après l'opération.

Sur les 42 cas de l'auteur, il n'y a qu'un insuccès et encore il a été dû à l'impossibilité d'obtenir la coaptation des fragments. Dans 27 cas, les résultats sont donnés comme parfaits. Dans les autres les fragments sont réunis, mais la flexion n'est pas parfaite. Comme il s'agit, en partie, de cas récents, ces résultats peuvent s'améliorer.

Les sujets opérés étaient souvent dans des conditions de santé défavorables.

L'auteur croit donc pouvoir proclamer la supériorité de sa méthode. Il la défend contre les reproches qu'on lui a faits ; elle ne provoque ni la nécrose des fragments, ni l'ankylose, ni l'arthrite suppurée dans les cas où elle est pratiquée avec soin. L. GALLIARD.

II. — L. Championnière présente deux malades atteints de fracture de la rotule, chez qui la suture a donné une consolidation très rapide ; ils ont pu commencer à marcher 18 jours et 22 jours après l'opération. Les sutures ont été faites avec du gros fil d'argent. Pas d'atrophie musculaire. Douleur nulle après l'opération. C. WALTHER.

Contribution à l'étude des luxations de l'épaule (luxations dites incomplètes, décollements périostiques, luxations directes et luxations indirectes, luxations anciennes, luxations récidivantes), par A. BROCA et H. HARTMANN (*Bull. de la Soc. anat.*, *p.* 312 *et* 416, 1890).

Broca et Hartmann ont recueilli sur le cadavre une pièce de luxation extra-coracoïdienne ancienne, à l'aide de laquelle ils ont contrôlé certaines assertions de Malgaigne relativement à cette luxation, qu'il appelle sous-coracoïdienne incomplète. Tout d'abord, ils pensent qu'il est difficile d'admettre la luxation incomplète ; il n'en existe pas, en effet, d'autopsie probante, et, d'autre part, l'expérimentation ne permet de concevoir la fixité caractéristique d'une luxation que si la partie postérieure du col huméral vient s'engrener sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, c'est-à-dire si la luxation est complète. De plus, il est classique de dire, avec Malgaigne, que cette luxation extra-coracoïdienne se produit sans déchirure capsulaire : or l'expérimentation sur une épaule saine démontre qu'une luxation sans déchirure capsulaire est impossible. Mais d'après l'examen de leur pièce, B. et H. croient pouvoir expliquer quelle est la cause de l'erreur : la tête, en effet, est recouverte d'une lame qui continue la face antérieure de la capsule articulaire et qui n'est autre que le périoste décollé de la face antérieure du col de l'omoplate, après désinsertion du bourrelet glénoïdien tout le long du bord glénoïdien antérieur, fracturé en bas. Ce décollement périostique n'est d'ailleurs pas réservé aux luxations extra-coracoïdiennes. On peut l'observer à la même place, mais plus étendu, dans des luxations sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes ; il existe ainsi sur des pièces des auteurs, de Farabeuf, du musée Dupuytren. Au total, B. et H. ont réuni huit observations, et ils ont constaté que cinq fois il y avait fracture du rebord glénoïdien. Ils admettent donc que ces

luxations à décollement périostique sont en général des luxations directes, avec déchirure antérieure de la capsule désinsérée, ce qui est différent des luxations indirectes, par élévation du bras, où la déchirure capsulaire est inférieure et où la tête remonte en avant et en dedans lorsque le coude s'abaisse sous l'influence de la pesanteur.

B. et H. étudient ensuite les déformations osseuses consécutives aux luxations anciennes. La tête humérale se creuse d'un sillon formé par usure, au point où appuie constamment le bord antérieur de la cavité glénoïde. D'après ce que les auteurs ont dit de la luxation incomplète, ce sillon par usure ne peut pas se creuser sur la tête proprement dite, mais seulement au niveau du col anatomique, et à partir de là, selon que la luxation est plus ou moins proche et s'accompagne d'une rotation plus ou moins marquée, l'usure détruit soit sur la tête à peu près seule (luxation extra-coracoïdienne), soit à peu près également sur la tête et la grosse tubérosité (luxation sous-coracoïdienne), soit à peu près exclusivement sur la grosse tubérosité (luxation intra-coracoïdienne). Dans la luxation sous-claviculaire, l'éloignement est tel que la grosse tubérosité elle-même ne touche plus le rebord glénoïdien, et aucun sillon ne se creuse sur la tête. Ainsi, quoi qu'on en dise dans certaines descriptions, jamais le sillon n'est usé sur la surface cartilagineuse seule (luxation incomplète).

Du côté de l'omoplate, un seul point un peu spécial est à noter. La moitié interne de la nouvelle cavité glénoïde semble formée dans certaines pièces par l'ossification de la lame périostique décollée sur laquelle les auteurs ont insisté dans leur première communication.

Une des pièces présentées est une luxation récidivante. A ce propos, passant en revue les théories données sur ce point, B. et H. font voir que cette récidive, observée principalement dans des luxations très proches, exige une sorte de cavité diverticulaire où, dans un mouvement spécial, la tête puisse venir se loger ; cette cavité diverticulaire semble devoir être volontiers constituée entre le col de l'omoplate et le périoste décollé. D'autre part, un véritable ressaut marque le passage entre l'attitude normale et celle de luxation : c'est là qu'intervient le sillon creusé sur la tête, et sur lequel on a beaucoup insisté (Lœbker, Popke, Schüller). A. BROCA.

I. — Deux cas de luxation verticale externe de la rotule, par VERGELY (*Journ. de méd. Bordeaux*, 18 *mai* 1890).

II. — Vertical dislocation of the patella, par PIGGOTT (*Lancet, vol. II, p.* 175, 1890).

I. — 1° Jeune homme de 19 ans. Chute en patinant, le membre inférieur droit dans l'extension. Une heure après l'accident, ce membre est dans la demi-flexion; vives douleurs au niveau du genou, qui a un aspect caractéristique. Diamètre antéro-postérieur très augmenté; la forme ronde et plate de la région antérieure du genou est devenue un bord étroit, sur lequel la peau est rouge, tendue, livide. La rotule est luxée en dehors, sa face externe regardant de ce côté, et son bord externe placé dans l'espace intercondylien; elle est rigide, inébranlable, soulevant le tendon du droit antérieur et le tendon rotulien. Une tentative de réduction est arrêtée par les douleurs et la contraction des muscles fléchisseurs; le malade est alors anesthésié, et aussitôt la résolution

obtenue, la jambe est redressée et la luxation réduite très facilement. Dans la suite, signes d'une violence arthrite et persistance au bout de 30 jours d'un gonflement, qu'on traite par le massage. Atrophie considérable du triceps fémoral, avec diminution de la contractilité faradique. Neuf semaines après l'accident la marche était encore difficile.

2° Femme de 28 ans, le membre inférieur droit dans une extension forcée. Quelques instants après on constate : jambe fléchie d'un tiers sur la cuisse, genou offrant un bord tranchant à sa partie antérieure et présentant un diamètre antéro-postérieur considérablement augmenté; la rotule, dont la face externe regarde en dehors, est un peu oblique, et son bord externe appuie sur la partie moyenne du condyle externe du fémur. La réduction est obtenue, sans chloroforme, par un mouvement brusque d'extension, pendant lequel l'os est renversé. Violente arthrite consécutive. 35 jours après l'accident persistance de la douleur à la pression et mouvements incomplets de flexion de la jambe. Atrophie du triceps fémoral. OZENNE.

II. — La rotule, luxée par un violent effort musculaire fait dans une chute, avait tourné verticalement sur son axe; son bord interne reposait sur le fémur, entre les condyles; son bord externe faisait saillie sous les téguments du genou; la direction de cette saillie s'inclinait un peu en dehors et en bas. La réduction fut difficile, car le manque de chloroforme obligea à la faire sans anesthésie. Piggott pratiqua une forte pression avec les pouces et les doigts sur le côté externe de la rotule, tandis que le genou était soumis à une extension vigoureuse. Il maintint cette pression pendant que ses aides faisaient exécuter au membre un mouvement de flexion brusque. La réduction se produisit avec le claquement caractéristique. La réaction inflammatoire fut très modérée. A.-F. PLICQUE.

I. — Case of disease of the hip joint... (Cas de coxalgie suivie de luxation en arrière. Opération pour réduire la luxation suivie de la résection de la tête fémorale), par A.-J. MILLER (*Edinburgh medic. Journal, t. II, p.* 117, *août* 1890).

II. — Le traitement actuel des affections de la hanche, par STEELE (*Transact. of Americ. orthopedic Assoc., vol. II, p.* 118, *septembre* 1889).

III. — Discussion générale sur le traitement des affections de la hanche (*Ibidem, p.* 190).

IV. — Ueber die Orthopädie der Hüftgelenkscontracturen und Ankylosen (Traitement des contractures et ankyloses de la hanche), par A. LORENZ (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 *janvier* 1889).

I. — Fillette de 12 ans, entrée le 15 septembre 1889; raconte que la veille elle était tombée de voiture, et que depuis elle se sentait une douleur très vive au niveau du genou et de la hanche. Elle présentait tous les symptômes d'une luxation en arrière de la hanche droite, sans traces de traumatisme récent; aussi en conclut-on que la luxation était ancienne et due à une lésion préalable de l'articulation. Au bout de quelques jours la malade put se lever et marcher sur la pointe du pied. Convaincu de l'ancienneté de la luxation, J. Miller fait une incision au niveau de la tête du fémur placée dans la fosse iliaque externe. Aucune trace de lésion récente. Le col du fémur est entouré de tissu résistant, fibreux; après l'avoir libérée et cela très difficilement, on trouve la tête du fémur intacte, mais sans traces de ligaments à son niveau. L'acétabulum était rempli de tissu fongueux; on n'en fit pas le grattage. Ce fut un oubli. Par de très légers mouvements on put faire revenir la tête du fémur en place. Les deux jambes étaient de même longueur.

Lavages et drainage de l'articulation et extension continue après pansement.

Malheureusement la plaie suppura. L'état général était parfait, mais le passage du drain restait fistuleux deux mois après. Nouvelle intervention en décembre, la tête du fémur est réséquée, et constatée cariée. A la fin de mars 1870 la cicatrisation était complète.

Le membre est plus court d'un demi-doigt, et le grand trochanter plus élevé d'autant. Pas d'atrophie du membre.

II. — L'extension donne de bons résultats pendant la première période, pendant qu'existent les contractions réflexes des muscles; plus tard elle n'est plus utile et il suffit d'employer l'immobilisation seule. Telle est la pratique de l'auteur. A la fin de l'affection, pendant la convalescence, le malade peut être enlevé de son appareil et la fixation sur une simple attelle sera suffisante.

III. — A la suite d'une discussion très étendue, les conclusions suivantes ont réuni la majorité des suffrages :

1° Que jusqu'à complète guérison l'articulation malade ne devait pas supporter le poids du corps ;

2° Que la résection hâtive doit être condamnée alors que le traitement rationnel et conservateur peut donner d'excellents résultats;

3° L'extension joue un rôle important dans la guérison;

4° Dans la période douloureuse, l'immobilisation de l'articulation, aussi complète que possible, est de la plus haute importance.

F. VERCHÈRE.

IV. — On a l'habitude, dans les affections de la hanche, d'épargner les parties molles aux dépens du squelette. L'auteur combat cette pratique et veut au contraire ménager le squelette.

La plupart des déformations de la hanche sont dues à des contractures ; on peut les guérir à l'aide des myotomies et pratiquer le redressement. Si la myotomie ne suffit pas, on utilise la plaie pour faire une ostéotomie linéaire intertrochantérienne.

Chez trois sujets atteints de coxo-tuberculose sans suppuration et ayant la cuisse dans la flexion et l'adduction, ces principes ont été appliqués par l'auteur avec succès. Deux fois seulement il a dû recourir à l'ostéotomie.

L. GALLIARD.

De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus, par STANCIULESCU (*Thèse de Paris*, 1890, *n°* 271).

Dans ce travail, on trouve soigneusement étudiées les diverses causes pathogéniques de la luxation du radius quand elle accompagne les fractures du tiers supérieur du cubitus.

L'auteur en a observé un exemple dont voici l'histoire :

Un homme vigoureux fait, le 18 janvier, une chute sur l'avant-bras à demi fléchi et étendu dans une attitude de défense, la main dans une position intermédiaire à la supination et à la pronation.

Le traitement consista en compresses d'eau froide et immobilisation en demi-flexion.

Le 10 mars, ce malade entre à l'hôpital Laënnec. L'extension complète est possible; mais la flexion s'arrête à angle droit : la main est entre la pronation et la supination.

Le cubitus forme un arc à convexité externe et postérieure; vers le tiers supérieur est une tuméfaction osseuse que l'on prend pour un cal.

Le radius a sa tête qui roule sous la main à la partie inféro-externe de l'humérus.

On crut qu'il y avait eu fracture du cubitus et que le cal avait augmenté la luxation du radius si elle existait déjà, ou peut-être l'avait produite. Le 18 mars, en opérant, G. Marchant constate une pseudarthrose qui existait au foyer de la fracture du cubitus, et qu'avait voilée la contracture des muscles. Les parties osseuses qui constituent la pseudo-articulation sont avivées et suturées.

La guérison se fit régulièrement, mais la tête radiale buttant toujours contre l'humérus, la flexion restait impossible. On résèque la tête radiale sur une longueur de 2 centimètres, et la flexion complète peut se faire.

Dans ce cas particulier, la contracture musculaire réflexe paraît avoir été la cause de la luxation. MAUBRAC.

Ankylosis of the joints, par PHELPS (*N. York med. Journ.*, *p.* 536, 17 *mai* 1890).

L'auteur a étudié sur le chien les ankyloses articulaires.

Quand la jointure est normale, l'immobilisation simple, durant cinq mois, ne détermine pas l'ankylose; la jointure immobilisée conserve sa structure et ses caractères histologiques sans modification.

Que si l'ankylose se produit, cela résulte non pas de l'immobilisation, mais de désordres pathologiques (inflammation).

Quand on immobilise une jointure de façon à produire une compression intra-articulaire continue, on assiste à la destruction de la tête de l'os et de la cavité articulaire.

L'immobilisation prolongée a pour conséquence l'atrophie musculaire des membres.

On fait en clinique des observations analogues. Il est donc possible d'immobiliser longtemps les jointures saines sans avoir d'accidents à redouter. L. GALLIARD.

I. — Eine neue dermoplastische Amputation, par BARACZ (*Wien. med. Presse*, *n°* 38, *p.* 1481, 1889).

II. — Réamputation des deux pieds par la méthode de Pirogoff modifiée par Le Fort, par A. KŒHLER et SALZWEDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 481, 26 *mai* 1890).

III. — De l'amputation sous-astragalienne, par MARLIER (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, *n°s* 18 *et* 19, *mai* 1890).

I. — Keetley a trouvé le moyen de pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection dans les cas d'ulcères très étendus et incurables, et cela en modifiant le procédé de Syme. L'auteur l'a imité.

Homme de 60 ans portant à la jambe droite un ulcère énorme, étendu aux deux tiers inférieurs du membre, l'entourant presque complètement et ne laissant en arrière qu'une largeur de 4 centimètres de peau saine.

Opération le 26 juillet. Après lavage et désinfection, l'ulcère est circonscrit par une incision profonde ; les granulations qui constituent le fond de l'ulcère sont extirpées au moyen de la cuiller de Volkmann, les bords sont excisés avec les ciseaux courbes. Puis le chirurgien pratique une incision transversale au dos du pied, et unit cette incision au bord de l'ulcère par une incision verticale. Il ouvre l'articulation tibio-tarsienne et, faisant glisser le couteau entre les os et la plante du pied, détache les parties molles de dedans

en dehors. C'est la peau de la plante du pied qui constitue le lambeau colossal destiné à combler la perte de substance. Les os de la jambe sont divisés par un trait de scie à 4 centimètres de l'articulation. Le lambeau plantaire est ensuite rabattu sur la surface de l'ulcère; il manque en dedans 4 centimètres carrés environ, mais on arrive à combler en partie le vide à l'aide d'un lambeau latéral. L'artère tibiale postérieure est indemne.

Lavage au sublimé, sutures, drainage, pansement à l'iodoforme.

Le 27, 39°,5 matin et soir; agitation, délire.

Le 28, lambeau pâle, bleuâtre sur certains points; la gangrène du lambeau progresse les jours suivants, et l'auteur est forcé de pratiquer le 30 une nouvelle opération, l'amputation de la cuisse.

Guérison rapide malgré la gangrène d'une partie du lambeau interne. L'opéré part guéri le 3 septembre.

C'est à l'athérome des artères de la jambe que l'auteur attribue l'insuccès de la première opération. L. GALLIARD.

II. — Homme pour lequel une congélation des orteils avait nécessité l'amputation de Chopart. Depuis lors, il lui avait été impossible de se servir de ses membres, dont les cicatrices se rompaient et s'ulcéraient dans les points saillants. L'opération classique de Pirogoff était impraticable à cause de la présence de cicatrices profondément déprimées au niveau du tendon d'Achille.

Kœhler et Salzwedel lui firent dans la même séance, chacun sur un pied, l'opération de Pirogoff modifiée par Le Fort, en pratiquant l'incision de Jœssel. Les plaies ont guéri, sous deux pansements, sans suppurer. On s'est borné à mettre le calcanéum scié horizontalement en contact avec les os de la jambe, sans faire de sutures osseuses.

Le résultat a été parfait des deux côtés, au point que l'opéré court, saute même sur ses moignons nus. Quant aux anciennes cicatrices, elles se sont trouvées déplacées par la nouvelle opération, et ne sont plus exposées à des pressions. J. B.

III. — L'amputation sous-astragalienne doit être préférée à la désarticulation de Chopart. Dans les grands traumatismes, où l'opération de Lisfranc sera impraticable, on devra toujours préférer l'opération de Malgaigne à celle de Chopart.

Le meilleur procédé est celui qui consiste à tailler un large lambeau postérieur, interne et plantaire.

Si l'état de l'astragale (dans le cas d'amputations pour lésions organiques ou traumatiques) ne permettait pas de le conserver, il serait facile de pratiquer avec ce même lambeau la désarticulation tibio-tarsienne. RICHARDIÈRE.

Eine neue Osteoplastische Amputations Methode am Fusse (Nouvelle méthode d'amputation ostéo-plastique du pied), par G. KRANZFELD (*Cent. f. Chir. n°* 20, *p.* 369, 1890).

Kranzfeld a pratiqué cette opération chez un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme, avait eu une gangrène partielle du pied. Il n'a pas eu dans ce cas à tailler les lambeaux; mais voici comment on peut pratiquer l'opération sur le cadavre. En dehors, incision horizontale passant sous la malléole péronière, commençant au niveau du bord postérieur du péroné ou sur le tendon d'Achille, se terminant sur l'interligne de Chopart. En dedans l'incision commence à 2 centimètres en avant de la malléole tibiale, passe convexe sur le dos du pied, au niveau de l'in-

terligne de Chopart, pour aller tomber sur l'extrémité de la première. Sur la plante, incision convexe, transversale, qui passe par le milieu du pied et réunit les deux extrémités des incisions précédentes. Désarticulation dans l'interligne de Chopart, et résection de la tête de l'astragale. Ouverture de l'articulation astragalo-calcanéenne, et section à la scie de la face supérieure du calcanéum. Il reste à réséquer la face inférieure de l'astragale, et c'est le temps difficile. Il faut faire cette résection, soit avec une petite scie, soit avec un large ciseau. Enfin on termine en enlevant la partie antérieure du calcanéum. En adaptant les deux surfaces sciées, il faut avoir soin de repousser le calcanéum un peu en avant. Dans l'opération qu'il a faite sur le vivant, Kranzfeld a tamponné la plaie à la gaze iodoformée. Au troisième jour, il enleva les tampons, fit l'adaptation des surfaces osseuses et les sutures. Une partie de la plaie s'est cicatrisée seulement par granulation. Au bout de deux mois, l'opéré pouvait marcher sans aucun appareil prothétique. Il ne s'est produit aucun renversement du pied.

Cette opération diffère de celle d'Hancock, puisque ce dernier a scié le calcanéum à la manière de Pirogoff. Elle est indiquée lorsque le calcanéum et l'astragale sont sains, et que l'état de la peau ne permet pas de faire la désarticulation de Chopart. Elle a, sur l'opération de Pirogoff, l'avantage de moins raccourcir les membres. Chez les enfants, elle évite la destruction des cartilages de conjugaison des os de la jambe.

PIERRE DELBET.

Ueber Knochen-und Gelenk-Anomalien... (Des anomalies osseuses et musculaires par excès de croissance partielle et par exostoses multiples), par BESSELHAGEN (*XIXe Cong. des chir. allem. Cent. f. Chir.*, n° 25, *p.* 8, 1890).

Quand on examine soigneusement les observations de luxations de la tête du radius, qui se sont produites sans traumatisme, on voit qu'il y en a très peu qui aient une origine intra-utérine. La plupart sont dues à un trouble de la croissance des os de l'avant-bras, qui produit d'abord une courbure du radius, puis une attitude vicieuse de la main et enfin la luxation. Le trouble de croissance peut consister soit dans un arrêt de développement du cubitus, soit dans un hyperdéveloppement du radius. Ces deux modifications peuvent se produire aussi bien après la naissance que pendant la vie intra-utérine. On trouve assez souvent d'autres anomalies qui peuvent être considérées comme la cause de ces troubles.

En fait d'excès de développement du radius amenant la luxation, l'auteur rapporte un cas de macrosomie congénitale partielle. Il s'agissait d'une jeune fille adulte, qui présentait une hypertrophie des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire, en même temps que des lésions symétriques de la nuque. La réaction électrique des muscles était absolument normale. Mais les fibres musculaires du deltoïde, comparées à celles des jumeaux, présentaient une hypertrophie considérable, 60 à 105 μ au lieu de 33 à 66 μ.

Au contraire, chez une autre jeune fille, qui portait un grand nombre d'exostoses cartilagineuses, la luxation était due à un arrêt de développement du cubitus. L'auteur rapporte deux autres cas d'exostoses cartilagineuses qui s'accompagnaient de troubles de croissance.

Il existe plus de vingt cas où des exostoses multiples coïncidaient avec un raccourcissement notable de tous les os ou de quelques os d'un membre. Comme le raccourcissement est surtout marqué sur les os, qui

portent les plus grosses exostoses, comme il y a un rapport entre le degré du raccourcissement d'une part et d'autre part le nombre et le volume des exostoses, on peut admettre qu'il y a une relation de cause à effet entre les deux phénomènes. Dans quatre cas, il existait, en même temps que les exostoses, des courbures rachitiques, si bien que Vix et Wolkmann ont pensé qu'il y avait une relation entre le rachitisme, les exostoses et les arrêts de développement. L'auteur admet avec Bergmann qu'il s'agit d'un trouble de développement du cartilage de conjugaison dû à un vice originel.

Au point de vue du traitement de ces luxations du radius, il est inutile de faire la résection totale du coude. L'auteur a obtenu un beau succès, en réséquant seulement la tête du radius. PIERRE DELBET.

I. — Note sur un cas de ténorraphie du tendon de l'extenseur du médius, par SCHWARTZ (*Bull. Soc. de chirurgie, XV, p.* 665).

II. — Section du tendon extenseur du médius. Sutures au catgut. Mouvements normaux. Réunion absolue, par PÉRIER (*Ibidem, XV, p.* 671).

1° Schwartz, pour suturer les deux bouts très écartés du tendon, a imaginé le procédé suivant : application sur chaque bout du tendon d'une ligature circulaire de catgut formant collier ; passage en deçà de chaque collier de catgut d'un fil de soie qui, serré, s'appuie sur les deux fils de catgut correspondants et ne peut sectionner le tissu du tendon. Bon résultat, mais adhérence encore persistante de la cicatrice cutanée à la cicatrice tendineuse.

2° Intéressante observation d'une autopsie faite un an après la suture du tendon extenseur du médius : peau fine et souple avec cicatrice linéaire; tissu cellulaire sous-cutané lâche; le tendon est légèrement adhérent à sa gaine, mais il n'y a aucune adhérence ni aux parties superficielles ni aux parties profondes. La suture a amené une réunion complète; macroscopiquement, il n'y a qu'un léger renflement et un changement de coloration; au microscope, la partie superficielle du tendon est à peu près normale, et profondément on ne trouve qu'une disposition anormale des faisceaux tendineux et une prolifération conjonctive dans leurs interstices. C. WALTHER.

Beitræge zum klinischen Bilde des Brustdrüsensarcoms (Du sarcome mammaire), par Joseph SCHUOLER (*Thèse, Bâle,* 1889, *et Corresp.-Bl. f. schweiz Ærzte, p.* 283. 1890).

Étude, d'après 41 cas, de sarcomes du sein chez la femme.

Les sarcomes constituent environ 11 0/0 de toutes les néoplasies du sein : ils apparaissent le plus fréquemment entre 30 et 50 ans. L'influence héréditaire ne peut pas être ordinairement établie, et il n'y a point de relation causale apparente entre la fonction de la glande et la tumeur qui s'y développe : le traumatisme, cependant, paraît jouer un rôle certain. C'est le sein gauche qui est le plus souvent atteint.

En règle générale, le premier signe noté est le développement graduel de l'organe : quant à la douleur, elle est exceptionnelle au début : la tumeur est de consistance variable, dure ou demi-fluide, et elle peut

atteindre le volume d'une tête d'adulte : le diagnostic entre le sarcome médullaire et le cancer médullaire n'est possible qu'après extirpation.

Le seul traitement applicable est l'excision complète.

La récidive est fréquente (10 récidives sur 40 opérées) : elle survient, dans la plupart des cas, au bout d'un an; mais on l'a observée même neuf ans après l'ablation du sein. J. B.

De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme, par H. RIEFFEL (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans ce travail, Rieffel n'a pas pour but de donner un exposé complet des récidives et de la généralisation dans le cancer mammaire, mais d'attirer l'attention sur quelques points particuliers. Cette étude est basée sur l'examen critique de 777 observations, quelques-unes personnelles, la plupart empruntées à des publications françaises, anglaises, américaines et allemandes. En admettant que la récidive d'une tumeur est sa reproduction, à la suite de son extirpation, soit sur place, soit dans l'un des ganglions en rapport avec le néoplasme primitif, soit à distance dans divers organes, soit enfin dans plusieurs points à la fois, il est incontestable, d'après toutes les statistiques, que cette récidive est la règle à peu près constante, malgré les perfectionnements de la technique opératoire. Son époque d'apparition est très variable et dépend d'un très grand nombre de circonstances; toutefois, c'est dans le cours de la première année qu'on observe son maximum de fréquence, puisque, sur 821 récidives, on n'en compte que 113 au delà de cette époque. Relativement à l'âge des malades, il est généralement établi que la rapidité de la reproduction est en raison inverse de cet âge, bien qu'il existe des exceptions nombreuses. Plus le sujet est jeune, plus les récidives dans la cicatrice diminuent de fréquence, mais en outre plus le mal se propage rapidement non seulement dans les ganglions, mais aussi dans les organes éloignés.

Après ces premières considérations, Rieffel étudie en détail les sièges différents et les caractères des récidives locales, précoces et tardives, et il en discute la pathogénie. Pour celles qui surviennent au cours des deux ou trois premières années après l'intervention, il admet qu'elles sont imputables à une ablation imparfaite de la glande mammaire, ou à une extension, si la totalité du sein a été enlevée, encore inappréciable macroscopiquement, du carcinome, qui a déjà franchi les limites du parenchyme glandulaire. A propos de la réapparition du néoplasme dans les ganglions, l'auteur insiste sur les voies d'extension, les lymphatiques de la région mammaire, et en particulier sur le système ganglionnaire du médiastin. Aussi des différents chapitres de cette thèse, qui mérite à tous égards d'être lue, le dernier, qui traite de la généralisation du cancer, est l'un de ceux que l'on consultera avec le plus d'intérêt. OZENNE.

I. — Transplantation du corps thyroïde sur l'homme, par LANNELONGUE. (*Bulletin méd.*, 9 *mars* 1890.)

II. — Un cas de myxœdème traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde d'un mouton, par BETTENCOUR et SERRANO. (*Assoc. franç. Cong. de Limoges, août* 1890.)

III. — **Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne, par MERKLEN et WALTHER.** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 *novembre* 1890).

I. — Lannelongue a pensé, comme l'avait indiqué déjà Horsley, que, par la transplantation d'un corps thyroïde, on parviendrait peut-être à enrayer la marche des accidents myxœdémateux, qui existent chez certains jeunes sujets.

Cette idée a été mise à exécution par l'auteur, sur une jeune fille de 14 ans, qui présentait à un haut degré ces accidents.

On a pris les deux tiers environ du lobe gauche d'un jeune mouton, et on les a placés dans une loge sous-cutanée, creusée, au moyen d'une spatule, au-dessous du sein droit. Ce fragment thyroïdien a été enfoncé à trois centimètres de profondeur, sa capsule ayant été enlevée préalablement avec des ciseaux ; puis la plaie a été suturée et la guérison a eu lieu sans suppuration. L'opération étant encore récente, on ne peut actuellement se prononcer sur ses conséquences. OZENNE.

II. — Chez une femme de trente-six ans, atteinte de myxœdème depuis plusieurs années et qui paraissait ne pas avoir de glande thyroïde, Bettencour et Serrano ont introduit dans le tissu sous-cutané de la région inframammaire de chaque côté, la moitié d'une glande thyroïde de mouton. Les suites de l'opération ont été très simples et il s'est produit une amélioration immédiate. Cette amélioration s'est d'abord manifestée par une élévation de la température. Le nombre des globules rouges a rapidement et progressivement augmenté ; dans l'espace d'un mois, il s'est élevé de 2,442,000 à 4,470,000, presque le chiffre normal. Les mouvements sont devenus plus faciles, la parole moins embarrassée. La transpiration qui avait complètement disparu, s'est régularisée. Le gonflement du cou s'est atténué. L'époque menstruelle qui a suivi l'opération, n'a duré que quatre jours (antérieurement la menstruation se prolongeait deux et quelquefois trois semaines).

En présence des résultats obtenus, doit-on conclure à la réussite définitive de la greffe, c'est-à-dire à la vascularisation complète des deux glandes? Les auteurs ne le pensent pas. L'amélioration ayant commencé dès le lendemain de l'opération, il leur paraît plus logique de l'attribuer à la simple absorption, par les tissus de la malade, de la glande thyroïde du mouton. A. C.

III. — Il s'agit d'une femme de 40 ans, atteinte de myxœdème depuis dix ans, une naine, présentant comme phénomène spécial l'ancienneté et la fréquence de métrorrhagies, qui avaient débuté près de dix ans avant le myxœdème. Du 16 avril au 6 septembre, les métrorrhagies n'avaient pour ainsi dire pas cessé ; le 3 septembre, Walther pratiqua la greffe thyroïdienne, en insérant dans la région sous-mammaire droite un lobe de la glande thyroïdienne prise chez l'animal vivant ; la plaie s'était réunie par première intention. Depuis 72 jours, les métrorragies ne se sont pas reproduites. La santé générale a profité notablement ; la face est moins bouffie ; les masses pseudo-lipomateuses sus-claviculaires se sont affaissées. La parole, de traînante et embarrassée, est devenue nette, et la malade marche facilement et assez vite. Le nombre des globules rouges s'est élevé de 2,235,100 à 3,103,100 ; la richesse globulaire de 1,1750,00 à 1,725,000 ; la valeur globulaire de 0,50 à 0,55. L'urine contient 5 grammes d'urée par litre au lieu de 2 à 4. La glande thyroïde transplantée a un peu diminué, mais n'est pas atrophiée.

H. L.

I. — A rare form of intestinal strangulation by a band, par ABBE (*N. York med. Journ.*, *p.* 32, 11 *janvier* 1880).

II. — Un cas d'obstruction intestinale traitée avec succès par la laparotomie, par G. MILLER (*Edinburgh med Journal, p.* 915, *avril* 1890).

III. — Sur un cas d'occlusion intestinale, par CHASSEVENT (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 302, 20 *juin* 1890).

IV. — Abdominal section for intestinal obstruction, par HARRIS (*Med. News*, *p.* 301, 27 *septembre* 1890).

V. — Occlusion intestinale par calcul biliaire, par DEGEON (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 285, 13 *juin* 1890).

VI. — De l'entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale, par J. BŒCKEL. Rapport de LE DENTU (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 13 *mai* 1890).

I. — Femme de 35 ans ayant eu, il y a 2 ans, une péritonite, dont elle a complètement guéri. Elle présente des signes d'obstruction intestinale et subit la laparotomie le 4e jour. On trouve l'intestin grêle partiellement distendu; ne pouvant le dégager, on pratique l'iléostomie. Mort au bout de cinq heures.

L'intestin était étranglé par une bride formant anse, adhérente par ses extrémités aux parois intestinales elles-mêmes et qui s'était enroulée autour de lui comme un lazzo. Au niveau de l'étranglement les parois étaient déjà gangrenées. L. GALLIARD.

II. — Femme de 60 ans; était vue, le 22 août 1889, souffrant de douleurs atroces de l'abdomen, ayant des vomissements, depuis la veille ; puis peu à peu apparut le ballonnement du ventre, la constipation persistant. On l'opère le 24 août. On constate la perméabilité du rectum et on tente de distendre le côlon par une injection, peu de liquide pénètre. On fait alors une incision médiane. Un peu de liquide s'échappe du péritoine. L'S iliaque est affaissée. Une adhérence de l'épiploon au péritoine forme un orifice dans lequel s'étranglait une anse d'intestin. Après sa section tout rentra dans l'ordre. La malade guérit en 15 jours.

L'auteur attribue l'impossibilité d'injecter le gros intestin quoique l'occlusion siègeât sur le petit, à une contraction spasmodique du côlon, ce qui pourrait faire supposer que ce dernier était le siège de l'occlusion. F. VERCHÈRE.

III. — Chassevent fait voir un diverticule intestinal qui, chez une vieille femme, adhérait par son bout libre à la paroi abdominale, et sur lequel s'était coudée une anse d'intestin. De là des accidents d'occlusion, dont la marche fut remarquable. Pendant plusieurs jours, en effet, il sembla n'y avoir que de la constipation sénile. Puis des accidents ont éclaté et ont emporté la malade en 10 heures. A. BROCA.

IV. — Il s'agit d'un garçon de 14 ans, atteint depuis 5 jours d'obstruction intestinale, avec vomissements stercoraux depuis 24 heures. Une tuméfaction siégeait dans la fosse iliaque droite, avec un léger tympanisme.

Harris pratique la laparotomie et trouve une invagination de 6 à 8 pouces d'intestin grêle à travers la valvule iléo-cæcale. Le contenu de l'intestin grêle est doucement poussé dans le gros intestin, à l'aide de pressions légères. Suture de l'abdomen. Malgré un abcès superficiel développé au niveau de la suture, guérison rapide. MAUBRAC.

V. — Femme entrée à l'hôpital avec des symptômes d'occlusion intestinale; laparotomie. On trouve dans le jéjunum un calcul biliaire long de 6 centi-

mètres sur 3 centimètres et demi. Incision sur le bord libre de l'intestin. Extraction du calcul, puis suture de l'intestin. On détruit quelques adhérences et quelques coudures intestinales. Mort au bout de trois jours. A l'autopsie, on trouva qu'il existait une loge située à la face inférieure du foie, communiquant avec la cavité péritonéale et le duodénum. Le calcul y avait séjourné pendant quelque temps et ulcéra secondairement le duodénum. C'est sans doute pendant l'opération que la loge du calcul (formée par le foie en haut, le duodénum en bas, le reste de la vésicule biliaire en arrière et l'épiploon gastro-hépatique en avant) fut ouverte en avant et occasionna de la péritonite septique. A. BROCA.

VI. — Femme de 30 ans, sujette à une constipation fréquente et atteinte d'accidents d'obstruction. La débâcle n'ayant pas eu lieu au bout d'un mois, on pratique la laparotomie. Pour pouvoir explorer le ventre, on est obligé de faire sortir au dehors 3 anses intestinales, volumineuses, qui obstruaient l'ouverture abdominale. On reconnaît alors que la cause de l'obstruction réside dans la torsion du mésocôlon sur lui-même; cette membrane détordue, il devient facile de faire cheminer les gaz du bout supérieur de l'intestin vers son extrémité inférieure, mais absolument impossible de faire rentrer les anses intestinales dans la cavité abdominale même après une ponction capillaire. Une incision longitudinale de 6 centimètres est alors faite sur l'intestin et donne issue à une grande quantité de gaz et à un peu de matières liquides : après cette incision l'intestin s'affaissa, mais le pouls devint imperceptible et la malade tomba dans un collapsus que l'on combattit par des injections d'éther. L'opération fut terminée par 8 points de suture de Lembert, la réduction de l'intestin et la suture abdominale. Guérison en 8 jours.

Le Dentu pense qu'en pareil cas on doit tout d'abord avoir recours aux ponctions multiples de l'intestin et, si celles-ci échouent, ce procédé d'entérostomie est recommandable; il devient alors une opération de nécessité. OZENNE.

I. — Inflammation of the appendix and cæcum, par Norman BRIDGE (*Med. News, p.* 549, 24 *mai* 1890).

II. — The propriety of the removal of the appendix vermiformis during the intervals of recurrent attacks of appendicitis, par Fred. DENNIS (*Med. News, p.* 698, 28 *juin* 1890).

III. — The treatment of lesions at and about the head of the colon, par Joseph HOFFMANN (*Buffalo med. and surg. Journal, p.* 657, *juin* 1890).

IV. — Traitement chirurgical de la périthyphlite suppurée, par ROUX (*Revue médic. Suisse romande, X,* 201 *et* 289, *avril et mai* 1890).

V. — Recurrent appendicitis, removal of the appendix, par MURRAY (*N. York med. Journ., p.* 564, 24 *mai* 1890).

VI. — Abdominalchirurgie, par LAUENSTEIN (*Deustche med. Woch., n°* 49, *p.* 1002; 1889).

I. — Bridge formule ainsi les indications de l'intervention : dans les cas d'inflammation cæcale avec température élevée, induration, douleur à la pression, et qui ne montrent pas de tendance à la résolution au bout de trois ou quatre jours, il faut intervenir.

L'opération sera pratiquée dans les cas d'inflammation aiguë et grave de la région de l'appendice, alors même qu'il n'y a point d'induration

particulière, et dans les cas de péritonite locale aiguë ayant son origine à l'appendice.

Les cas aigus, assez rares, dans lesquels se développe facilement une induration étendue et douloureuse avec fièvre élevée et troubles généraux graves, demandent une intervention immédiate.

C'est encore le traitement chirurgical qu'il faut appliquer aux cas qui sont arrivés à la période subaiguë ou chronique, avec une induration de volume considérable qui augmente régulièrement depuis plusieurs jours : dans la plupart de ces cas, il existe du pus.

Enfin, sont justiciables du traitement chirurgical tous les cas d'appendicite chronique à exacerbations, même s'il n'existe pas d'induration. Dans ces cas, en effet, il est hors de doute que le patient est toujours exposé à une perforation de l'appendice avec péritonite mortelle ou périty phlite, dangers plus grands qu'une laparotomie avec extirpation de l'appendice. MAUBRAC.

II. — Dennis s'oppose à l'ablation de l'appendice durant les intervalles de poussées inflammatoires de cet organe, en raison des difficultés opératoires que cet état peut apporter.

Il n'est pas prouvé pour l'auteur que l'excision de l'appendice assure une guérison permanente; et, d'autre part, bien souvent une seule attaque, suivie de guérison, atteint l'appendice de telle sorte qu'il n'en peut plus résulter pour le patient aucun dommage. C'est ainsi qu'il a observé des appendices complètement oblitérés, d'autres isolés par du tissu connectif du cæcum et même de la cavité péritonéale.

C'est donc l'intervention précoce, dès le premier ou second jour, dans une récidive, qui paraît la plus favorable. MAUBRAC.

III. — L'opium est contre-indiqué; jamais il n'a guéri un malade. Les purgatifs, précédés d'un lavement, sont les moyens de diminuer la congestion et l'engorgement fécal. Dans les cas seulement où l'on peut craindre d'amener une péritonite locale ou générale par perforation, dans les cas où il y a indication opératoire, il faut s'en abstenir, mais leur usage n'en est pas moins satisfaisant dans les autres. Lorsque le diagnostic est difficile, sachant combien peut être insidieuse la marche de l'affection, il faut agir chirurgicalement le plus rapidement possible. — La ligne médiane est la ligne d'incision la plus commune, mais dans certains cas où la localisation peut être bien précisée, il peut être bon d'inciser sur le côté. Dans tous les cas où l'opération est nécessaire, il sera utile de réséquer l'appendice, sauf dans les cas très exceptionnels où le traitement extra-péritonéal est suffisant, par suite de la localisation parfaite et de la limitation absolue par des adhérences. F. VERCHÈRE.

IV. — L'incision oblique iliaque prolongée doit être substituée à la médication interne dans toutes les formes de périty phlite suppurée. La laparotomie est réservée à la péritonite. Tout au début, lorsque la périty phlite simule une péritonite d'emblée, on peut craindre que les adhérences n'aient pas le temps de se former, et il faut être prêt à faire l'incision exploratrice.

Dans la période ultime, on n'abandonnera en aucun cas à l'évacuation spontanée un abcès palpable et fluctuant. Si le météorisme rend impossible tout examen, une aggravation sérieuse de l'état général constitue en tout temps et pour tous les cas une indication pressante d'opérer.

Dans les cas ordinaires, mais urgents, on doit pouvoir compter, dès le troisième jour, sur des adhérences assez fortes pour résister à l'exploration par l'incision iliaque prolongée. Et si l'on peut, ou si l'on a pu, à un moment quelconque de la maladie, constater une tuméfaction douloureuse, circonscrite, isolée, ou un empâtement diffus de la région, avec infiltration de la paroi du cæcum évacué, nous estimons que l'intervention est indiquée par cela même, et que l'on aurait tort d'attendre que l'état général empire, pour faire une incision qui aura toutes les chances de découvrir le pus et ne méritera plus le nom d'exploratrice. J. B.

V. — Homme de 21 ans, ayant sa première typhlite en octobre 1888 ; phénomènes généraux graves faisant penser à la fièvre typhoïde. Depuis cette époque, les accès se reproduisent tous les mois à peu près et durent plusieurs jours jusqu'en mai 1889 ; puis il y a une période d'euphorie jusqu'en septembre ; à ce moment survient la plus grave attaque et la plus longue.

Le 7 janvier 1890, le malade se plaint de ne pas être complètement remis ; il est faible, anémique. On ne constate pas de tumeur nette. L'auteur profite de la rémission actuelle pour inciser à droite du muscle droit ; il trouve l'épiploon adhérent au cæcum ; l'appendice est épaissi, hypertrophié, uni au mésentère et au cæcum par des adhérences qui cèdent, du reste, facilement. Ligature de l'appendice à la base, et excision. Guérison complète.

VI. — Périty phlite guérie par l'incision chez un garçon de 12 ans. Tumeur remplissant tout l'espace compris entre les côtes et la crête de l'os iliaque, sans fluctuation. La ponction exploratrice ayant fourni du pus, on fait une incision oblique en dedans et en bas. Après évacuation de pus très fétide, lavages de la cavité avec l'acide salicylique, pansement avec la gaze au baume du Pérou. Guérison rapide.

Il y avait, dans ce cas, perforation de l'appendice cæcal dans le tissu cellulaire rétropéritonéal. On doit se garder d'aller à la recherche de l'appendice.

Les deux autres observations ont trait à un abcès du foie et à une plaie pénétrante de l'abdomen. L. GALLIARD.

Two cases of resection of the cæcum for carcinoma : with remarks on intestinal anastomosis in the ileo-cæcal region, par N. SENN (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 845, 14 *juin* 1890).

1° Carcinome du cæcum : excision du cæcum et de 18 pouces de l'iléon avec la portion correspondante du mésentère : restauration de la continuité du canal intestinal par iléo-colostomie, guérison.

2° Carcinome de la valvule iléo-cæcale avec invagination. Résection du cæcum avec une portion du côlon : restauration du canal intestinal par iléo-colostomie. Mort 6 jours après l'opération de péritonite causée par des ulcérations profondes de la portion invaginée du côlon qui n'avait pas été réséquée.

La résection du cæcum pour carcinome peut se pratiquer avec espoir de cure, radicale à condition d'opérer avant l'infitration des ganglions retropéritonéaux et mésentériques.

L'iléo-colostomie à l'aide de plaques osseuses décalcifiées est le meilleur mode de restaurer la continuité de l'intestin après résection du cæcum. (Le manuel opératoire est soigneusement décrit et illustré de figures).

L'iléo-colostomie, sans résection du cæcum, est indiquée dans les cas d'obstruction intestinale par cancer inopérable du cæcum, invagination irréductible sans perforation ou signe de gangrène, et pour sténose cica-

tricielle dans la région iléo-cæcale qu'une opération plastique ne pourrait améliorer.

La résection du cæcum et l'iléo-colostomie avec ou sans entérectomie se feront à l'aide d'une incision latérale s'étendant du milieu du ligament de Poupart à un point situé entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic.

Senn insiste encore sur l'utilité de la scarification des surfaces séreuses interposées aux rondelles osseuses, sur les sutures des surfaces séreuses, juste sur le bord de ces rondelles, pour favoriser les adhérences et empêcher tout épanchement de matières fécales. MAUBRAC.

I. — Ein Beitrag zur Lehre von den Schusswunden des Abdomens (Coups de feu de l'abdomen), par Th. MAC GRAW (*Der Militärarzt*, n° 19, 1889).

II. — Gunshot wounds of the abdomen (Coups de feu de l'abdomen), par D. BARROW (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 203, 9 *août* 1890).

III. — Diagnosis and treatment, etc... (Coups de feu de l'estomac et des intestins), par SENN (*Ibidem*, *XV*, n° 9, 1890).

I. — L'auteur est appelé, 14 heures après l'accident, auprès d'un individu qui a reçu un coup de feu de l'abdomen ; il fait la laparotomie et trouve les plaies intestinales obturées par des adhérences récentes qui s'opposent à l'épanchement des matières stercorales ; il déchire ces adhérences et découvre huit perforations de l'intestin ; cinq d'entre elles étaient si bien fermées par l'exsudat qu'on pouvait difficilement les découvrir. Cependant Mac Graw résèque quatre pieds de l'iléon. Le patient succombe 26 heures après.

De ce fait et d'une observation analogue d'Abbe, qui, 4 heures après la blessure, trouve également des adhérences solides dans un coup de feu de l'intestin, l'auteur conclut qu'il se forme souvent, à la suite des coups de feu de l'intestin, des adhérences précoces et que la laparotomie n'est pas toujours indiquée pour ces blessures. Des expériences nombreuses sur des animaux lui ont permis de confirmer cette observation.

DE SANTI.

II. — Après avoir rapporté 2 faits personnels de laparotomie pour plaies des viscères de l'abdomen par coup de feu (1 guérison, 1 mort), Barrow étudie un relevé de 112 cas de laparotomies pratiquées pour des coups de feu.

Le grand danger de ces plaies est la péritonite septique, qui souvent apparaît très vite, et entraîne une énorme léthalité. Sur 112 malades, 74 sont morts, et 13 de péritonite septique directement causée par le retard apporté à l'opération. En outre, quand l'intervention a été ainsi différée, l'opération pratiquée alors qu'existe de l'infection septique, du choc, n'est pas supportée par le malade, qui souvent meurt avant qu'elle soit terminée. Dans ces cas désespérés, Barrow croit qu'il vaudrait mieux ouvrir l'abdomen, disposer des drains multiples et irriguer largement.

Lorsqu'on est certain que la balle a pénétré dans la cavité abdominale, il faut pratiquer la laparotomie : alors même qu'il n'y a pas de lésions viscérales le blessé est exposé à une péritonite septique qu'une intervention pourra prévenir. Ainsi, 8 fois on a ouvert l'abdomen sans pouvoir trouver de plaie de l'intestin ; 6 malades ont guéri. 2 sont morts de pé-

ritonite septique, parce qu'on avait différé l'opération jusqu'au quatrième et sixième jour, et cependant, à l'autopsie, on a constaté l'absence de blessure des viscères.

L'auteur insiste ensuite sur l'utilité du drainage, de l'irrigation qui est indispensable dans les coups de feu de l'abdomen.

Voici les causes qui ont entraîné la mort chez 74 malades : péritonite septique, 29 cas ; hémorragie, 15 ; retard apporté à l'intervention, 13 ; choc, 9 ; perforations passées inaperçues, 3 ; causes diverses, 5.

III. — Dans les coups de feu de l'abdomen, lorsqu'on n'a pas la certitude que la plaie est pénétrante, il faut l'agrandir et assurer aussitôt le diagnostic.

Quelquefois une balle peut traverser la cavité abdominale sans léser aucun viscère : la laparotomie est en ce cas inutile, et le blessé guérit sans intervention. Cette absence de lésion viscérale s'observe le plus souvent dans les plaies dont l'orifice d'entrée est au niveau de l'ombilic ou au-dessus, et lorsque le trajet de la balle est antéro-postérieur : dans les plaies obliques ou transversales de l'abdomen, alors même que l'orifice d'entrée est au-dessus de l'ombilic, des perforations multiples de l'intestin sont probables.

Excepté l'issue de matières fécales, dans les plaies pénétrantes, il n'existe aucun signe qui permette d'affirmer ou de rejeter une lésion viscérale réclamant une intervention urgente.

L'anémie aiguë, les signes physiques dus à la présence d'un liquide dans la cavité péritonéale, indiquent une hémorragie interne, et constituent une indication positive et urgente de laparotomie, qu'on pratiquera sur la ligne médiane : l'abdomen ouvert, on assurera l'hémostase temporaire en comprimant l'aorte en dessous du diaphragme ou en emplissant la cavité abdominale avec de grosses éponges jusqu'à ce qu'on ait pratiqué l'hémostase définitive. L'injection d'hydrogène montrera, avant qu'on ait ouvert l'abdomen, si le tube digestif est lésé : si on suppose que l'estomac est blessé, l'insufflation directe par l'estomac est préférable à l'insufflation rectale ; l'absence de tympanite ou d'issue de gaz au dehors, par la plaie, indique que le tube digestif est sain, ou que les perforations, s'il en existe, sont trop petites pour qu'un épanchement se produise : enfin, lorsque l'incision est pratiquée, l'insufflation d'hydrogène permettra de n'oublier aucune perforation.

Une plaie par coup de feu qui permet l'épanchement au dehors du contenu gastro-intestinal doit être considérée comme mortelle si on ne fait pas la laparotomie qui devra être pratiquée le plus tôt possible, et toujours avant que la péritonite septique n'ait eu le temps de se développer. Pour fermer ces plaies par coup de feu de l'estomac ou de l'intestin, une rangée de sutures séro-musculaires interrompues suffit : si l'entérectomie est inévitable, on pratiquera une anastomose entre les bouts de l'intestin, par apposition latérale avec plaques osseuses décalcifiées, ce qui permet, outre la sécurité, de gagner du temps.

Le lavage du péritoine ne sera nécessaire qu'au cas d'épanchement du contenu de l'intestin ou de l'estomac ; si le péritoine a été infecté, le drainage sera institué, ainsi que dans les cas de blessures du foie, de la rate, du rein, du pancréas, alors que l'on n'aura pas pratiqué l'extirpation complète ou partielle de l'organe. MAUBRAC.

Pièce dentaire avalée. Laparotomie exploratrice, etc., par HEDRICH (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *juillet* 1890).

Jeune homme de 29 ans qui avale dans la nuit une pièce dentaire. Accès d'étouffement subits et répétés. Absence du corps étranger dans le pharynx ou au niveau de l'œsophage. 12 heures après l'accident, en présence de douleurs intenses dans l'hypocondre gauche et dans la crainte que la pièce, garnie de crochets pointus, ne devienne la source de lésions dangereuses pour l'intestin, on pratique la laparotomie, suivant une ligne parallèle aux fausses côtes gauches. Mais l'examen extérieur de l'estomac n'ayant rien révélé, cet organe n'est pas ouvert, et la plaie abdominale est refermée. Le lendemain de l'opération début d'une pneumonie ; le quatrième jour l'opéré rend par le rectum la pièce avalée, large de 4 1/2 centimètres sur 2 1/2. OZENNE.

De la colorectostomie, par ULLMANN (*Annales de la Société médicale d'Anvers, p.* 115, *juin* 1890).

Lorsqu'un cancer du rectum, s'arrêtant à quelques centimètres du sphincter, est inopérable, le procédé suivant permet de rétablir le cours des matières fécales sans avoir recours à un anus lombaire ou iliaque :

On pratique le long du bord du sacrum ou du coccyx, à gauche, une incision qui va jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'anus et la tubérosité de l'ischion. On ouvre le péritoine, et après avoir constaté l'inopérabilité du néoplasme, on attire l'S iliaque en traversant le mésocôlon avec une bande de gaze iodoformée, sur laquelle l'intestin passe à cheval. On l'amène jusqu'à la plaie, au voisinage de la portion inférieure et saine du rectum. Alors on incise cette portion (transversalement si elle est trop courte) et le côlon iliaque, et l'on suture ces deux ouvertures en commençant par les angles ; l'incision doit avoir au mois 2 centimètres. L'anus conserve ainsi ses fonctions.

Lorsque le néoplasme s'étend jusqu'à l'anus, on peut avoir recours à l'opération proposée par Hochenegg ; elle consiste à attirer l'S iliaque en bas jusqu'au niveau de la peau, à laquelle on suture le bout central, tandis que le bout périphérique est fermé et remis en place. L'anus artificiel ainsi obtenu est plus supportable que tout autre. LEFLAIVE.

I. — Ein Fall von Magen-Colonfistel (Fistule gastro-colique), par MAY (*München. med. Woch.*, n° 21, 27 *mai* 1890).

II. — Fistule pyo-urétéro-cæcale. Iléo-colostomie, par J.-R. COMTE (*Revue médic. Suisse romande*, *IX*, 580, *octobre* 1889).

III. — Carcinome de l'intestin grêle. Jéjuno-jéjunostomie, par J.-R. COMTE (*Revue médic. Suisse romande*, *X*, 402 *et* 439, *juin* 1890).

I. — Homme, 47 ans. Depuis un an, amaigrissement, perte d'appétit, sentiment de tension abdominale, constipation, jamais de vomissements. Epigastre sensible. Foie un peu augmenté de volume et induré, rate grosse, ni ascite, ni œdème. On pense à la cirrhose des buveurs. Survinrent, au bout de trois mois, des vomissements et de la diarrhée. Matières vomies brunâtres, ressemblant à des matières fécales ; lientérie. Pas de collapsus, pas de météorisme, pas de sensibilité de l'abdomen. On diagnostiqua alors l'existence d'un ulcère, avec perforation, communiquant avec le côlon.

En insufflant de l'air dans le rectum, on obtint la dilatation de l'S iliaque, puis de l'estomac. Par l'auscultation du souffle, qui se produit en pareil cas,

au niveau de la fistule, on localisa celle-ci, à la hauteur de l'ombilic, un peu à gauche. Pas de tumeur appréciable. La laparotomie exploratrice montra la nature cancéreuse du processus. L'amaigrissement fit des progrès rapides. Mort de pneumonie.

A l'autopsie, on trouva le côlon et l'estomac adhérents et communiquant par une fistule, s'ouvrant dans l'estomac sur la face postérieure de cet organe, vers le milieu de la grande courbure. Tumeurs cancéreuses autour de l'orifice, ganglions infectés. P. TISSIER.

II. — Femme de 40 ans, ayant dans l'aine droite une fistule donnant continuellement issue à un liquide purulent, d'odeur fécaloïde.

Opération. Adhérences étendues entre le cœcum et la paroi abdominale antérieure. En arrière du cæcum, passe un cordon volumineux se dirigeant vers la vessie et qui ne peut être que l'uretère. Il est évident qu'on a affaire à une fistule faisant communiquer le cæcum avec l'extérieur et avec l'uretère.

Comme il est impossible de détacher le cæcum de ses adhérences pour fermer l'orifice de la fistule, Comte pratique la synentérostomie, en abouchant la partie inférieure de l'iléon (à 12 centimètres de la valvule iléo-cœcale) dans l'angle que forme le côlon transverse avec le côlon descendant. Il fait d'abord une première ligne de 15 sutures au catgut, réunissant, séreuse contre séreuse, les deux portions d'intestin dans le sens longitudinal. Cette première ligne de sutures est placée près de l'insertion du mésentère et du mésocôlon. A 5 millimètres de cette ligne de sutures, il incise l'intestin grêle et le gros intestin, en faisant 24 sutures réunissant, muqueuse contre muqueuse, les deux portions d'intestin. 20 autres sutures achèvent la réunion, séreuse contre séreuse, au pourtour de l'abouchement, qui a une longueur d'environ 6 centimètres. Enfin, il termine l'opération par 11 sutures de renforcement, soit en tout 70 sutures. Dans le but d'empêcher que les matières intestinales ne continuent à suivre le dernier bout de l'iléon pour pénétrer dans le cœcum, Comte pratique une coudure au niveau de cette portion d'intestin grêle et la maintient au moyen de quelques points de catgut. Le gros intestin était atrophié et vide. L'abdomen est refermé par 3 plans de suture ; l'opération a duré 1 heure 40. Durant quinze jours, les matières fécales et les gaz cessèrent complètement de sortir par la fistule. Mort le 40e jour. Pas d'autopsie.

Comte attribue son insuccès à ce qu'il a négligé de coudre également le côlon transverse, de façon à empêcher les matières de suivre cette voie et d'arriver au cæcum. Mais, pour plus de sûreté, dans un cas semblable, il préférerait sectionner le bout central du gros intestin et le bout périphérique de l'intestin grêle, le premier au-dessus et le second au-dessous de l'abouchement. On aurait ainsi quatre bouts d'intestin que l'on invaginerait en doigt de gant et qu'on fermerait par la suture, séreuse contre séreuse.

Comte pose ainsi les indications de la synentérostomie ou anastomose intestinale :

1° Plaies multiples d'anses intestinales adjacentes ; 2° fistules stercorales et pyo-stercorales inopérables ; 3° anus contre nature établis provisoirement et impossibles à guérir ; 4° fistules vésico-intestinales, impossibles à fermer ; 5° rétrécissements cicatriciels ou néoplasiques dont la résection est impraticable ; c'est là l'indication principale de la synentérostomie ou opération de Maisonneuve. J. B.

III. — Homme de 64 ans, cancer du gros intestin. Opération le 25 juillet. A l'ouverture du péritoine, il ne s'écoule pas de liquide. La main, introduite dans la cavité abdominale, arrive sur une masse allongée, dure, bosselée

que l'on attire à l'extérieur. Il s'agit d'un cancer qui a envahi l'intestin grêle sur une longueur de 25 centimètres. Toute cette anse intestinale est transformée en un gros boudin rigide, à surface irrégulière et à coloration foncée. La partie correspondante du mésentère est envahie par de nombreuses tumeurs dures de volumes variables, s'étendant jusqu'au devant de la colonne vertébrale. Comme il ne pouvait être question d'extirper le néoplasme, Comte se décide à pratiquer une entéro-anastomose, à titre d'opération palliative. Dans ce but, il cherche à attirer en dehors de la plaie les deux portions saines, afférente et efférente de l'intestin, mais il n'y réussit que pour la seconde, la tumeur commençant à 12 centimètres au plus du repli duodéno-jéjunal. Il fut ainsi obligé d'établir l'anastomose à une très faible distance du néoplasme, du côté central. Pour obvier en partie à cet inconvénient, il incisa transversalement le bout supérieur et longitudinalement, ou plutôt légèrement obliquement le bout inférieur. Pour les réunir, il fit une double rangée de sutures au catgut, l'une comprenant toute l'épaisseur de la paroi intestinale, tout près du bord des deux incisions, et l'autre intéressant seulement la séreuse et la musculaire ; enfin, pour plus de sûreté, un certain nombre de points de renforcement, soit en tout 52 points de suture. L'opération a duré 2 heures. Traitement consécutif par l'opium, la glace et d'abstention complète d'aliments pendant les cinq premiers jours. Pas de fièvre à la suite de l'opération. Dès le quatrième jour, émission de gaz par l'anus et le lendemain selle spontanée liquide. Le 3 août, on enlève les sutures. Guérison par première intention. L'opéré n'éprouve aucune douleur après l'ingestion des aliments (lait, bouillon avec jaune d'œuf), les selles deviennent régulières. État général satisfaisant malgré l'augmentation de la tumeur. Mort le 10 mars, sans phénomènes d'obstruction intestinale.

Autopsie : En arrière de la ligne d'incision de l'opération on trouve des adhérences entre le péritoine pariétal et une tumeur du volume d'une tête d'enfant, située sur la ligne médiane. En détachant à droite ces adhérences on arrive dans une cavité contenant un liquide purulent d'odeur fécaloïde ; cette cavité se dirige en bas et à gauche, ses parois sont anfractueuses comme celles d'un cancer en voie de gangrène. Le péritoine viscéral est sain. La tumeur s'étend en haut jusque vers le pylore et en bas jusque dans la fosse iliaque gauche. A sa partie moyenne et inférieure, elle est recouverte par une anse d'intestin grêle au niveau de laquelle une ligne cicatricielle à peine appréciable permet de reconnaître l'endroit où avait été pratiquée l'anastomose qui se trouve à environ 30 centimètres du pylore. L'endroit correspondant à l'anastomose forme une sorte de poche plus grande que le calibre des deux bouts afférent et efférent. La paroi postérieure des deux anses anastomosées est adhérente au néoplasme et perforée ; la cavité de la tumeur communique en outre avec le côlon transverse. Duodénum normal. Estomac ratatiné. Aorte entourée par la tumeur qui adhère au rachis. Pas de métastases ; il s'agit d'un épithéliome à cellules cylindriques. J. B.

Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 31 *août* 1890).

Homme de 57 ans, admis pour une occlusion intestinale aiguë. Il y a quatre ans, il avait eu des accidents semblables qui avaient cédé à des lavements. Pas de hernie apparente. Insuccès des lavements huileux, de l'électricité.

Laparotomie. Un verre de sérosité sanglante dans la cavité péritonéale, distension excessive de l'intestin grêle. Vacuité du gros intestin et absence de brides. Gangolphe déroule l'intestin et amène une anse qui paraît avoir été étranglée; sillon blanc, sans sphacèle. La réduction est opérée et le ventre fermé.

Les accidents continuent et le malade succombe trois jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva une partie de l'intestin grêle engagée à travers l'hiatus de Winslow dans l'arrière cavité des épiploons; péritonite à ce niveau par épanchement de matières fécales. Cet étranglement avait passé inaperçu pendant l'opération; il eût fallu dérouler un peu plus d'intestin; l'apparence d'étranglement sur l'anse mise au jour avait laissé croire que tout obstacle était levé. A. CARTAZ.

Sur l'opération de la hernie diaphragmatique étranglée, par E. S. PERMAN (*Arsber. fran Sabbats. Sjukhus, Stockholm*, 1889).

L'auteur trouve qu'une grande hernie diaphragmatique étranglée ne peut être réduite par la laparotomie et par l'abaissement des intestins abdominaux, incarcérés dans la cavité pleurale. Selon lui, le contenu des intestins constitue un obstacle, par la raison que, l'intestin ou l'estomac abaissé, ce contenu est pressé par le diaphragme vers le haut dans la partie restante dans la cavité pleurale, jusqu'à ce que cette partie soit tendue comme un ballon qui ne pourra plus passer par la porte de la hernie. Il propose en conséquence une nouvelle méthode opératoire pour la réduction des hernies, par une incision en fer à cheval traversant toute la paroi thoracique avec résection temporaire des côtes, un lambeau ayant sa base au côté du thorax, et d'ouvrir ensuite ce lambeau.

Après avoir pratiqué de cette manière une entrée dans la cavité pleurale, on pourra retirer les viscères et au besoin faire une incision dans l'estomac ou l'intestin pour en vider le contenu, débrider l'orifice de la hernie, éloigner l'épiploon, réduire la hernie et recoudre l'orifice mentionné. Cela fait, on draine, on abaisse le lambeau et on le recout.

Une opération pareille est, selon l'opinion de l'auteur, le seul moyen de sauver la vie d'un malade souffrant d'une grande hernie diaphragmatique incarcérée. Le danger le plus grave pour la vie, savoir celui dû à la pression des viscères intestinaux incarcérés sur le cœur et sur les grands vaisseaux sanguins de la cavité thoracique, sera éloigné dès l'ouverture de la paroi du thorax. L'auteur n'a jamais pratiqué cette opération A. C.

De la résection du pylore et de la gastro-entérostomie, par E. S. PERMAN (*Arsb. fran Sabbatsbergs Sjukhus, Stockholm*, 1889).

A. 1° Carcinome de l'estomac chez une femme de 46 ans; résection du pylore sur une étendue de 16 centimètres de longueur le long de la petite courbure et 25 centimètres à la grande. Neuf mois après, bon état, pas de douleurs à l'estomac, mais noyaux de récidive dans la région claviculaire gauche;

2° Carcinome de l'estomac. Femme de 40 ans. Pylorectomie sur une longueur de 7 centimètres (grande courbure). Mort de collapsus au bout de trente heures.

B. L'auteur publie ensuite trois cas de gastro-entérostomie.

1° Homme de 31 ans. Tumeur à l'épigastre. Les adhérences font renoncer à la pylorectomie, et P. se décide à faire la gastro-entérostomie. Mort de pneumonie le quatrième jour. Pas de péritonite. Sutures bien en place;

2° Homme de 42 ans. Gastro-entérostomie pour cancer stomacal. Guérison. Le malade n'a plus de douleurs et peut manger;

3° Homme de 53 ans. Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie. Mort de faiblesse au bout de dix-sept heures.

P. cite encore un cas de pylorectomie pour cancer stomacal chez une

femme de 44 ans. La mort survint deux heures après l'opération de collapsus produit par l'éther. A. C.

I. — Ueber Darmwandbrüche (Entérocèles latérales), par von KLIEGL (*Wien. med. Presse*, n° 6, *p.* 202, 1890).

II. — Cure radicale d'une tumeur herniaire inguinale directe du côté droit. Lésion de la vessie. Mort, par HEDRICH (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *juin* 1890).

I. — Kliegl a opéré trois entérocèles latérales, deux de l'intestin grêle et une du cæcum.

1° Femme de 46 ans atteinte de hernie crurale à la suite d'un effort ; vomissements, rétention des matières et des gaz; réduction impossible; opération, le second jour. Après incision de l'anneau, on trouve sur l'anse intestinale une zone bleu foncé, arrondie, circonscrite par un anneau blanchâtre ; la portion mésentérique de l'anse est indemne. Guérison rapide.

2° Femme de 56 ans opérée pour une hernie crurale étranglée. Elle meurt deux jours après. A 12 centimètres de la valvule de Bauhin, l'intestin grêle porte un disque foncé entouré d'un anneau jaunâtre et dans lequel on distingue deux petites perforations. Le disque n'atteint pas l'insertion mésentrique, ce qui prouve une hernie partielle. Un peu plus loin on constate les traces d'une hernie obturatrice, mais cette dernière a été complète.

3° Femme de 59 ans, présentant des signes d'étranglement herniaire à la suite d'une quinte de toux ; gangrène, ouverture spontanée de l'abcès stercoral à l'aine. La plaie est divisée en deux parties par une bride épaisse qui ne constitue pas, comme on pourrait le penser, l'éperon ; les deux orifices conduisent dans un même vestibule, puis dans l'intestin. Le chirurgien excise la bride qui n'est autre chose quel'appendice vermiforme, dissèque l'intestin et le ferme par des sutures. Pansement iodoformé. Les sutures cèdent au bout de quelques jours. L'anus contre nature se reforme. Diverses tentatives ayant échoué, l'opérée quitte l'hôpital après un séjour de sept mois.

Elle revient six mois plus tard avec une tumeur grosse comme le poing ; on y voit deux orifices, l'un conduisant dans le cæcum, l'autre dans l'intestin grêle. On applique sur l'éperon la pince de Dupuytren. Il faut enfin transplanter un lambeau de la paroi abdominale pour obtenir l'oblitération presque complète de la fistule. L. GALLIARD.

II. — Homme de 56 ans, portant depuis une quinzaine d'années une tumeur herniaire de la région inguinale droite, qu'il maintenait par un bandage. Depuis trois ans fréquents besoins d'uriner et douleurs. Après la miction la tumeur diminue de volume et devient plus facilement réductible ; en retenant l'urine pendant quelque temps, la hernie augmente de volume. Depuis l'apparition de ces troubles urinaires, une masse dure persiste dans les plis de l'aine, après la réduction d'une partie de la tumeur.

Un jour surviennent des symptômes de léger étranglement. Kélotomie. Après l'incision des téguments, on rencontre d'abord, recouverte de veines dilatées, une masse charnue que l'on déchire et au-dessous de laquelle se trouve un kyste. Celui-ci est isolé jusqu'à l'anneau inguinal et extirpé, de même qu'un paquet veineux qui lui est accolé. En examinant le pédicule, on constate que le péritoine n'est pas ouvert et qu'une sonde peut pénétrer à 20 centimètre derrière le pubis, dans une cavité, que l'on reconnaît être la vessie. Un rétrécissement très étroit existant au niveau du bulbe, la plaie vésicale n'est pas suturée ; elle est fixée aux bords de la plaie cutanée ; drainage. Sonde à demeure.

La pièce enlevée est constituée par de nombreux vaisseaux veineux throm-

bosés et entrelacés avec des fibres charnues; quant à la nature de la poche herniaire, elle ne peut être précisée.

Quatre jours après cette première opération on pratique l'urétrotomie interne. Le lendemain et jours suivants apparaissent des vomissements et des symptômes d'étranglement interne. Une incision exploratrice est faite, et pour parer à la parésie intestinale on crée un anus contre nature dans l'hypocondre gauche. Mort sept jours après. A l'autopsie, ulcère perforant du duodénum, rétrécissement de l'S iliaque, gangrène du côlon et étranglement d'une hernie gauche. OZENNE.

I. — Lectures on the surgical aspect of hepatic abcess, par Richman J. GODLEE (*Brit. med. j.*, *p.* 61-172, *janvier* 1890).

II. — Zur Chirurgie der Gallenwege (Voies biliaires), par KOCHER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 13, *p.* 253, 1890).

III. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la convexité du foie, par GALLIARD (*Archives de médecine*, *avril* 1890).

I. — Godlee, dans ces leçons, passe en revue les indications de traitement chirurgical qui conviennent aux différentes variétés d'abcès du foie. Voici ses conclusions :

1° Les abcès métastatiques du foie ne réclament aucune intervention chirurgicale; il en est de même de ceux qui résultent d'une pyléphlébite suppurative.

2° Les abcès multiples consécutifs à la dysenterie ou à la colite ulcéreuse sont défavorables au point de vue du traitement chirurgical. On doit cependant les ouvrir et les traiter comme les abcès tropicaux, parce que leur diagnostic ne peut être posé d'une façon précise.

3° Tout abcès du foie isolé, qu'il soit tropical ou non, doit être ouvert, s'il approche de la surface de l'organe, avec les précautions suivantes : S'il pointe vers l'épigastre, on doit attendre la formation des adhérences avant de pratiquer l'incision.

S'il fuse vers la paroi thoracique, on doit choisir pour lieu d'élection un point situé au-dessous de la limite normale de la plèvre; mais si fortuitement la plèvre ou le péritoine sont ouverts, l'ouverture doit être fermée avec une double rangée de points de suture avant l'incision du foie. Le pansement doit être rigoureusement antiseptique, avec drainage.

En cas de rupture de l'abcès dans le poumon, la plèvre, le péricarde, le péritoine ou le rein, il faut ouvrir sans retard, pour peu qu'on puisse déterminer le siège de l'abcès; dans le doute, on doit faire des ponctions exploratrices du foie.

Les hydatides de la partie supérieure et postérieure du foie doivent être traitées suivant les mêmes principes.

Ces conclusions s'appuient sur 24 observations cliniques publiées avec détails. H. R.

II. — 1° *Abcès biliaires*. Dans le premier cas (femme de 38 ans), il s'agit d'une oblitération calculeuse du canal cholédoque ou du canal hépatique qui a eu pour conséquence une collection biliaire que l'auteur évalue à un litre; le mot d'abcès biliaire serait mal approprié puisqu'il n'y a eu trace ni d'inflammation ni de suppuration, mais seulement de la bile pure, mêlée dans une cavité circonscrite à des débris de tissu hépatique nécrosé. L'auteur a pratiqué l'incision. Pendant longtemps, la malade a conservé une fistule

biliaire; puis, à la suite d'une colique qui a signalé le déplacement du calcul, la bile a repris son chemin vers l'intestin.

La seconde opérée est une femme de 43 ans chez qui le ventre a pris rapidement un développement considérable, et qui présente un jour des accidents si graves qu'on songe à une péritonite par perforation intestinale. En réalité, il y a un énorme exsudat encapsulé, composé de pus, de bile, de cristaux d'hématoïdine et de cholestérine, auquel le chirurgien donne issue, d'abord par la ponction, puis par l'incision. Guérison complète. Ici, l'étiologie est obscure. Il n'y a pas d'oblitération complète des voies biliaires, car on ne constate ni ictère, ni décoloration des matières fécales.

Dans le troisième cas, dilatation colossale des voies biliaires consécutive à l'oblitération calculeuse, chez une femme de 47 ans. On constate une tumeur au-dessous du foie. Incision oblique en suivant le rebord costal. Incision du foie; issue de pus et de bile; extraction de plusieurs calculs. Mort au bout de cinq jours. Autopsie : dilatation énorme du canal hépatique ayant formé une poche qu'on a prise pour la vésicule biliaire; en outre, tous les canaux biliaires sont dilatés et le parenchyme est atrophié autour d'eux; un de ces canaux, s'étant rompu, a laissé sourdre la bile dans la cavité péritonéale. Hépatite interstitielle.

2° *Cholécystectomie.* Dans le premier cas, cholécystite purulente consécutive à la lithiase, chez une femme de 58 ans. La vésicule a 10 centimètres de longueur et contient 32 calculs, dont un est engagé dans le canal cystique. Elle est excisée. Hémorragie hépatique légère arrêtée par le thermocautère. La péricystite a rendu l'opération difficile. L'opérée souffre pendant un certain temps, puis elle fait une cure à Vichy, et dès lors son état est satisfaisant.

Second cas, femme de 42 ans dont la vésicule contient 112 concrétions et du pus jaunâtre, et présente des parois ulcérées et épaissies. La cholécystectomie la débarrasse des douleurs et lui procure une guérison complète.

Hydropisie de la vésicule et rein droit mobile chez une fille de 34 ans qui se plaint de névralgies et de dyspepsie. Le canal cystique est oblitéré par un calcul; la vésicule ne contient que du liquide clair, incolore; il n'y a pas d'adhérences, de sorte que l'extirpation est facile. Amélioration considérable. Le rein est respecté.

Dans le dernier cas, la paroi vésiculaire était intimement adhérente à l'intestin, très friable et très aisée à déchirer, et, d'autre part, le contenu de la vésicule s'était putréfié. On trouva du pus jaunâtre et un calcul gros comme un œuf de pigeon. L'opéré avait souffert à plusieurs reprises de coliques hépatiques et avait eu plusieurs accès de fièvre. Pas de complication, malgré les craintes exprimées par le chirurgien. Au bout de 10 jours, le malade quitte l'hôpital guéri. L. GALLIARD.

III. — A propos de 4 observations de kystes hydatiques de la convexité du foie, Galliard signale les difficultés de diagnostic de ces kystes et l'embarras où on se trouve en présence du choix à faire de la méthode de traitement. Dans la quatrième observation qu'il rapporte, il a vu des accidents graves consécutifs à une ponction exploratrice. Il en conclut que la ponction d'un kyste hydatique du foie, dans le thorax, constitue parfois une opération dangereuse. Elle peut exposer les opérés à une fluxion sanguine des poumons, qui peut amener la mort. Il conseille, en pareil cas, de ne faire qu'une simple ponction exploratrice et non évacuatrice. RICHARDIÈRE.

Deux cas de déchirure de la rate, par LANDE (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 *juin* 1890).

1° Homme de 45 ans, vigoureux, un peu obèse, est projeté en avant dans

une rencontre de deux voitures, et tombe à plat ventre sur le bord d'un trottoir. Relevé, il fait quelques pas, mais bientôt il pâlit et succombe brusquement un quart d'heure après l'accident. A la nécropsie, pas de lésions extérieures ; dans la cavité péritonéale trois ou quatre litres de sang. La rate présente une déchirure de 2 centimètres de profondeur, qui part de la partie moyenne de sa face antérieure, se dirige en bas, contourne le bord inférieur et remonte jusqu'au hile par la grande scissure longitudinale. Pas de déchirure des gros vaisseaux du hile.

2° Jeune homme tamponné par une locomotive; il se relève et peut faire à pied 2 ou 300 mètres, ne se plaignant que d'une sorte d'angoisse. Puis, subitement il pâlit, et meurt une demi-heure après l'accident. A l'autopsie aucune lésion extérieure. La cavité péritonéale contient trois litres environ de sang. La rate, saine et de volume normal, offre une déchirure ayant même siège et même direction que dans le cas précédent. OZENNE.

I. —Kyste traumatique du pancréas ; rupture après ponction capillaire ; laparotomie. Guérison, par CHEW et CATHCART (*Edinburgh med. journ.*, *t. II*, *p.* 17, *juillet* 1890).

II. — Fall von geheilter Pancreascyste, par KAREWSKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 24, *p.* 550, 16 *juin* 1890).

III. — Multiple Nekrose des Fettgewebes am Mesenterium und dem Pancreas mit ausgedehnten Hæmorrhagien, par MARCHAND (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 524, 9 *juin* 1890).

I. — Enfant de 13 ans, entré le 4 mai 1887 pour une contusion due au passage d'une roue de voiture sur la partie supérieure de l'abdomen. Le lendemain douleur superficielle, dyspnée, dysurie; à gauche, ecchymose vers la crête iliaque, crépitations au niveau de la dixième côte. Ces phénomènes persistent pendant une dizaine de jours et vont en s'atténuant. Il sort de l'hôpital sans qu'on note rien de spécial.

Rentré le 20 juillet se plaignant de douleurs dans l'abdomen, à caractère intermittent, durant depuis trois semaines déjà. A la palpation et à la vue on trouve de l'hypocondre gauche à la région ombilicale une tuméfaction dure et résistante qui fait penser à une tumeur de la rate.

Le 31 juillet, ponction qui donne un liquide rouge limpide. Immédiatement douleur violente, d'abord localisée au point ponctionné, puis bientôt s'étendant à tout l'abdomen. Vomissements verts. Température élevée, puis collapsus profond. Laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen s'échappe un liquide rouge très foncé. Les reins et la rate sont normaux. En passant entre le côlon et l'estomac on trouve un kyste en partie vidé, en arrière de l'estomac. Après ouverture large du kyste, drainage de la cavité. Le liquide enlevé était couleur lie de vin foncée, alcalin, de saveur salée. Il ne contenait pas d'urée, mais une grande quantité d'albumine, de chlorure et de sang. Guérison complète. F. VERCHÈRE.

II. — Homme de 25 ans. En novembre dernier étant tombé de voiture, il se fit plusieurs blessures, dont une au niveau du rebord des fausses côtes gauches; en même temps, il fut pris de vomissements et dut garder le lit jusqu'en janvier 1890, rejetant tous les aliments et éprouvant souvent des douleurs au creux de l'estomac. A partir de janvier, amélioration relative. Les vomissements étaient encore assez fréquents et une tumeur apparut au niveau de l'épigastre.

Au commencement de mars, Karewski constata la présence d'une tumeur fluctuante, étendue de la septième côte à l'ombilic et du sternum à l'aisselle; elle était délimitée en haut par l'estomac, à droite par le foie, à gauche par

la rate, séparée de ces deux derniers organes par une zone de sonorité tympanique. L'insufflation de l'estomac et du côlon montra que le premier se trouvait au-dessus et le second au-dessous du kyste. Karewski ayant diagnostiqué un kyste du pancréas, fit une ponction exploratrice qui fournit un liquide hémorragique, riche en albumine, et contenant des globules sanguins de tous âges, des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine.

Incision transversale au niveau du point le plus saillant. L'estomac largement adhérent à la tumeur ne pouvant être refoulé en haut, Karewski ajouta une incision longitudinale.

Le kyste très volumineux dut être ponctionné et donna issue à 2 litres et demi de liquide. La paroi du kyste fut suturée à l'angle externe de la plaie triangulaire de l'abdomen. Par la plaie de la ponction agrandie, on introduisit un gros drain et de la gaze iodoformée. Guérison apyrétique. J. B.

III. — Femme obèse de 61 ans, ayant, depuis Noël 1889, des périodes de constipation. A partir du 20 janvier symptômes d'étranglement interne. Coexistence dans l'aine droite d'un ancien sac herniaire. Laparotomie dans la supposition que les phénomènes d'ileus pouvaient être occasionnés par des adhérences au voisinage de l'orifice herniaire. On ne trouve rien de semblable. Mais au niveau de la veine du mésentère on sentait une tumeur qui en comprimant le duodénum avait vraisemblablement produit les accidents. Mort le lendemain.

A l'autopsie, pas trace de péritonite. En de nombreux points du mésentère, mais surtout au voisinage du pancréas, amas de couleur blanc jaunâtre opaque, nettement circonscrits, qui, malgré leur aspect de matières étrangères, n'étaient autre chose que de petits segments de tissu adipeux mortifiés. Entre les lobules du pancréas on distinguait les mêmes lésions.

Autour de la queue du pancréas ainsi qu'à son intérieur, on voyait des places d'un brun sale, les unes à contours nets, les autres diffuses, formées par des épanchements sanguins altérés. Par-ci, par-là, on distinguait aussi dans le tissu des hémorragies récentes, rouges, ayant les dimensions de noyaux de cerises. Le parenchyme du pancréas lui-même ne paraissait pas altéré.

C'est Balser (*Virchow's Archiv*, 1882, t. XC) qui a le premier décrit cette singulière affection du tissu cellulaire mésentérique qui peut entraîner la mort par des hémorragies secondaires du pancréas.

Ce fait offre une remarquable ressemblance avec celui de Gerhardt (*Virchow's Archiv*, t. CVI) dans lequel Klebs a rapporté à la mortification du tissu adipeux une pancréatite gangréneuse hémorragique qui avait comprimé le duodénum. J. B.

Case of cyst of pancreas, par Frederick TREVES (*Lancet*, *p.* 655, 27 *septembre* 1890).

A propos d'un fait de kyste du pancréas qu'il a réussi à guérir par ncision et drainage, F. Treves résume, d'après 24 observations qu'il a pu recueillir, l'histoire de cette affection rare. Comme étiologie la contusion a été parfois notée ; dans un cas le kyste était consécutif à une attaque de gastroentérite aiguë.—Les symptômes, en outre de la tumeur locale, ont consisté surtout dans l'affaiblissement, l'amaigrissement, des troubles gastriques, des douleurs névralgiques vagues.— L'albuminurie, la glycosurie, les hémorragies gastro-intestinales, les vomissements n'ont été notés qu'exceptionnellement. La tumeur occupe la région épi-

gastrique au-dessus de l'ombilic. Le liquide retiré par la ponction est d'ordinaire trouble, brunâtre, de réaction alcaline ou neutre, renfermant de l'albumine mais pas d'urée ni de pigments biliaires. Il émulsionne la graisse et transforme l'amidon en glucose. Après l'incision, ce liquide digère par places la peau des bords de la plaie, produisant des exulcérations douloureuses. Le diagnostic, dans la majorité des cas, n'a été fait qu'au cours de l'opération. — Les ponctions exploratrices doivent être évitées car elles sont assez dangereuses. — Abandonnée à elle-même cette affection paraît forcément mortelle. Treves ne connaît aucun cas de guérison spontanée. — Au point de vue du mode d'intervention, l'incision et le drainage ont donné, sur seize cas, quinze guérisons et une mort ; l'extirpation ou les tentatives d'extirpation ont donné cinq morts et une seule guérison sur six cas ; les ponctions simples ont été dans deux cas suivies de mort. La fistule laissée par le procédé de l'incision et du drainage ne se ferme souvent qu'au bout de plusieurs mois. Elle peut même rester permanente. A.-F. PLICQUE.

Anurie consécutive à un épithélioma des voies biliaires, par A.-GUYON (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mars* 1890).

Homme de 60 ans, atteint d'épithélioma primitif de la vésicule biliaire : les urines, renfermant une grande quantité de bile, diminuent d'abord de quantité, puis se suppriment complètement. Au bout de quatre jours d'anurie absolue, mort au milieu de phénomènes urémiques. Pendant la vie, aucun symptôme n'avait permis d'affirmer l'existence d'une lésion spéciale du rein ou de l'appareil excréteur de l'urine ; à l'autopsie, l'examen macroscopique des organes ne fournit pas plus de renseignements. Le microscope put seul expliquer le mécanisme de l'anurie ; l'épithélium des tubes contournés était presque partout altéré ou détruit, et les canaux étaient obstrués en maints endroits par des cylindres biliaires. R. JAMIN.

I. — Ueber Wanderniere (Sur le rein mobile), par H. LINDER (*Münch. med. Woch., nos* 15 *et* 16, 22 *avril* 1890).

II. — Nephrectomy for hydronephrosis, par WISHART (*Montreal med. journal, juillet* 1890).

III. — Meine Erfahrungen über Nierenexstirpationen, par Max SCHEDE (*Hambourg* 1889 *et Berlin. klin. Woch., p.* 496, 1890).

IV. — Deux cas de néphrectomie pour tuberculose, par E. KUESTER (*Berlin. klin. Woch., n°* 24, *p.* 549, 16 *juin* 1890).

V. — Un cas de néphrectomie pour tuberculose, par A. MARTIN (*Ibidem*).

VI. — Zur Chirurgie der Nieren (rein) und des Pancreas, par RUGE (*Deutsche med. Woch., n°* 20, *p.* 426, 1890).

VII. — Partielle Resection einer Niere, par KUEMMELL (*Deutsche med. Woch., n°* 25, *p.* 552, 1890).

I. — L'auteur ne partage pas l'engouement de certains chirurgiens pour la néphrorraphie, et il cite à ce sujet le cas d'un homme de 42 ans dont le rein droit très mobile avait été opéré par la néphrorraphie, qui vit très rapidement reparaître les accidents qu'il éprouvait avant l'opération. Quatre mois après, Linder trouvait le rein aussi mobile et aussi prolabé qu'avant la néphrorraphie. P. TISSIER.

II. — Wishart rapporte deux observations de néphrectomies pour hydronéphrose, et conclut ainsi :

Dans un grand nombre de cas d'hydronéphrose avancée, alors que la tumeur emplit l'abdomen, il est impossible de dire si c'est un kyste du rein ou une tumeur de l'ovaire, et lorsque même on soupçonne une hydronéphrose, on ne peut savoir quel rein est malade : aussi, dans ces cas, l'incision lombaire et le drainage ne peuvent-ils être proposés, puisque le chirurgien est incapable de dire le côté où il doit opérer. En raison de ces difficultés de diagnostic, il est préférable de faire une incision sur la ligne blanche, et de compléter le diagnostic par l'exploration manuelle intra-abdominale : puis, si c'est un kyste du rein, l'incision étant agrandie, on procède à son énucléation.

La néphrectomie abdominale par l'incision médiane est une opération difficile, à cause du siège élevé de la tumeur, de ses rapports avec l'aorte, la veine cave, et sa situation derrière une double couche du péritoine. Si on peut porter un diagnostic précis, la néphrectomie abdominale par une incision le long de la ligne semi-lunaire est probablement la meilleure opération, mais il n'est pas possible d'enlever de très gros kystes par l'incision lombaire.

Lorsque le patient est faible ou âgé, en supposant que l'abdomen ait été ouvert, le procédé le plus sûr est d'ouvrir le kyste et de le drainer par les lombes : l'opération est ainsi moins dangereuse que la néphrectomie.

Même après la néphrectomie abdominale, Wishart juge prudent d'assurer le drainage par une ouverture dans la région lombaire. MAUBRAC.

III. — La principale indication de l'ablation du rein est fournie par les tumeurs malignes. Dans certains cas, il y a lieu de recourir à l'incision exploratrice extrapéritonéale de Bardenheuer qu'on peut immédiatement faire suivre, s'il y a lieu, de la néphrectomie. Schede a enlevé 3 reins atteints de tumeurs malignes (2 guérisons) et un rein affecté d'hydatides (guéri). Schede emploie toujours l'incision lombaire qui donne des résultats bien meilleurs que l'abdominale.

Dans l'hydronéphrose, Schede préfère la néphrectomie à la néphrotomie. Il a opéré 6 hydronéphroses, 4 par l'incision lombaire qui ont guéri et 2 par l'incision abdominale qui ont succombé. Schede a encore pratiqué l'ablation du rein : 1 fois pour une fistule uretéro-utérine (guérison), 3 fois pour lésions de l'uretère durant l'ablation d'un utérus cancéreux (1 mort). Pour le rein flottant, Schede déconseille l'ablation, la fixation par suture lui ayant toujours donné d'excellents résultats.

Schede a opéré 8 pyonéphroses dont 7 par ablation du rein et 1 par néphrotomie. 3 fois la suppuration était due à une tuberculose rénale. Ces 3 malades ont succombé, le plus tardivement 3 mois après l'opération. Des 5 autres opérés, 2 ont guéri, les 3 autres sont morts d'urémie, de dégénération aiguë de l'autre rein ou de péritonite dans une opération secondaire. J. B.

IV. — La tuberculose rénale peut se présenter sous 2 formes différentes à l'œil nu : la forme caséeuse et la forme miliaire. Dans la première forme, au-dessous de la matière caséeuse qui remplit les calices et le bassinet, on trouve une muqueuse ulcérée renfermant de nombreuses granulations grises. Habituellement, tout le rein est très augmenté de

volume, offrant plus ou moins l'aspect d'un rein kystique. Dans la forme miliaire, on trouve un groupe de petites granulations à centre jaune ou non, dans la substance corticale, et même sous la capsule ; le bassinet ne présente qu'un catarrhe purulent. L'une et l'autre formes peuvent se développer primitivement dans les reins et y rester assez longtemps cantonnées.

1er cas. Homme de 35 ans, jadis très obèse mais réduit à une maigreur squelettique, lorsqu'il y a 4 ans, il fut adressé à Kuester. Pour une suppuration des reins, on lui avait déjà pratiqué la néphrotomie transpéritonéale et ultérieurement une contre-ouverture lombaire ; mais la suppuration demeurait intarissable. En dedans des deux incisions qui laissaient écouler du pus fétide, on sentait le rein très augmenté de volume. Une incision lombaire ayant fait reconnaître l'existence d'une cavité remplie de matière caséeuse, Kuester pratiqua la néphrectomie. L'opéré est resté bien portant jusqu'à aujourd'hui.

2e cas. Fille de 25 ans, malade seulement depuis 8 semaines. Les urines purulentes contiennent de nombreux bacilles tuberculeux. La vessie étant reconnue saine, il ne pouvait s'agir que d'une affection rénale, bien qu'on ne sentît aucune tumeur. Un symptôme qui n'a pas encore été signalé attirait d'ailleurs l'attention sur le rein gauche : les pressions sur la lombe gauche provoquaient une douleur pongitive dans l'urètre. Quand, après des lavages soigneux de la vessie, on comprimait le rein gauche, il sortait du pus par la sonde vésicale. Fièvre intense. Néphrectomie. A l'extrémité supérieure du rein se trouvait un groupe de granulations grises ayant déterminé une adhérence assez résistante avec la capsule. Rétablissement rapide de l'opérée. Un an plus tard, récidive locale au niveau de la cicatrice ; elle guérit vite, et la santé se maintient parfaite dès lors, c'est-à-dire depuis 18 mois.

V. — Femme de 32 ans, de famille saine, mariée en 1878 à un syphilitique, impuissant, qui succomba en 1881 à une phtisie aiguë. Depuis 1879, cette femme éprouvait brusquement, à la partie supérieure droite du ventre, des douleurs spasmodiques avec ténesme vésical et émission d'urine claire et abondante. Ces accès, qui s'accompagnaient de vomissements verdâtres, augmentèrent de fréquence après la mort du mari. Puis survinrent de la fièvre vespérale, de l'amaigrissement, une débilitation profonde avec impossibilité de la marche et douleur continue dans le côté droit. Le 1er mai 1881, Martin constata que le rein droit formait une tumeur considérable, un peu mobile, malgré son volume, très douloureuse à la pression, surtout pendant les paroxysmes qui avaient lieu régulièrement l'après-midi. Le rein gauche paraissait sain. L'urine contenait du pus. Un peu de bronchite sans localisation aux sommets. Martin diagnostiqua une tuberculose, datant d'environ 9 mois, dans un rein mobile depuis 2 ans. Le 5 mai 1882, néphrectomie effectuée sans difficulté. Le rein droit était farci de foyers tuberculeux avec bacilles constatés par Koch. Guérison sans incidents. Dans les 18 néphrectomies faites par Martin, il a toujours pratiqué la laparotomie.

Dans la discussion, E. Kuester réplique qu'il y a de nombreux motifs pour que les chirurgiens qui font la néphrectomie préfèrent la méthode extra-péritonéale à l'intra-péritonéale ; la première, contrairement à l'opinion de Martin, est certainement moins dangereuse au point de vue de l'infection du péritoine. En outre, la néphrectomie transpéritonéale est une opération plus longue, puisqu'il faut suturer 2 fois le péritoine. La seule objection plausible contre l'incision lombaire, c'est le cas de tumeur très volumineuse. Mais alors rien n'est plus simple que de prolonger l'incision en avant. L'incision transpéritonéale présente en outre des inconvénients pour l'avenir du malade qu'elle expose à des accidents

d'étranglement interne par la formation de brides et à des hernies ventrales au niveau de la cicatrice. Kuester, contrairement à Martin, n'admet pas que l'incision lombaire, surtout pratiquée horizontalement comme il le fait, donne lieu à des cicatrices plus difformes que la néphrectomie transpéritonéale. J. B.

VI. — Femme de 35 ans, portant une tumeur fluctuante très volumineuse, grosse comme une tête d'adulte, qu'on considère d'abord comme un kyste hydatique, puis comme une hydronéphrose du rein droit.

Laparotomie le 8 février. Le côlon transverse passe devant la partie inférieure de la tumeur. Le foie est sain. Incision du péritoine. Ligature de l'uretère qui est tendu. Décortication facile de la tumeur, ligature des vaisseaux. L'opération dure seulement 25 minutes. On se félicite de n'avoir pas fait de ponction préalable. Guérison rapide, sans fièvre. Persistance d'une petite fistule.

L'opérée se lève le quinzième jour, mais le vingtième jour, elle est atteinte d'excitation psychique. On est forcé de la conduire dans une maison d'aliénés où elle reste un mois. Quand elle sort, la fistule est guérie.

La tumeur, grosse comme une tête d'adulte, était une hydronéphrose à parois minces; on ne retrouvait aucune trace de la substance rénale.

L. GALLIARD.

VII. — Femme de 41 ans ayant à droite une tumeur grosse comme le poing et du pus dans l'urine. L'incision parallèle aux fausses côtes droites découvre une tumeur élastique, fluctuante développée dans le tiers supérieur du rein; on l'incise. En y introduisant le doigt, on constate dans le bassinet un calcul moulé sur lui et quelques débris de calculs. On enlève avec les parois de l'abcès un tiers du parenchyme rénal. Pansement à l'iodoforme. Le troisième jour, l'opérée quitte le lit. Jamais d'urine dans la plaie. Au bout de 8 jours, le pus a complètement disparu de l'urine. Guérison rapide. L'opérée, qui était affaiblie et maigrie, reprend des forces et gagne 20 livres en quelques mois.

L. GALLIARD.

Zur Frage der partiellen Nierenexstirpation (Extirpation partielle du rein), par KÜMMELL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 18, *p.* 329, 1890).

Kümmell rappelle d'abord les expériences de Tuffier, sur lesquelles il s'est appuyé pour pratiquer ses deux opérations.

Dans la première, il s'agissait d'un abcès occupant le tiers supérieur du rein. Après l'évacuation du pus, il put reconnaître avec le doigt la présence d'un calcul, qui se laissa facilement extirper. Il avait le volume d'une noix, sa forme rappelait celle du bassinet. D'autres petites poches purulentes furent ouvertes et les parois de l'abcès furent réséquées ou grattées à la cuillère tranchante. Un tiers de l'organe fut ainsi enlevé. Suture partielle, tamponnement à la gaze iodoformée. La malade put se lever au troisième jour. Il ne s'écoula jamais une goutte d'urine par la plaie. La malade a parfaitement guéri. Son état ne laisse rien à désirer.

Dans le second cas, Kümmell réséqua, chez un homme de 58 ans, le sommet du rein droit.

Il ne spécifie pas la nature de la maladie, sur laquelle il se propose de revenir. La substance du rein était si friable qu'elle céda sous le catgut; il fallut renoncer à la suture et se contenter de tamponner la plaie rénale à la gaze iodoformée. Pendant le premier jour, l'urine fut mélangée de sang; puis elle redevint tout à fait normale. Il ne s'en écoula pas une seule goutte par la plaie. La malade a bien guéri.

Kümmell fait remarquer que les plaies du bassinet ayant peu de tendance à se cicatriser, et laissant fréquemment des fistules, il serait pré-

férable d'aborder cette région en passant au travers du rein, comme l'a fait Israël. PIERRE DELBET.

I. — Sur un nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie, par Paul SEGOND (4e *Congrès de chirurgie. Revue de chirurgie, p.* 940, 1889. *Bulletin médical, n°* 23, 1890, *avec fig., et Ann. mal. org. gén.-urin., avril* 1890).

II. — Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie par un procédé nouveau, par G. LACAZE-DUTHIERS (*Thèse de Paris, juillet* 1890).

III. — Exstrophie de la vessie opérée avec succès chez un enfant de 24 mois (procédé de Segond), par VINCENT (*Lyon méd., p.* 443, *novembre* 1890).

IV. — Exstrophie vésicale, par A. PONCET (*Lyon méd., p.* 476, 7 *déc.* 1890).

I. — Le procédé imaginé par Segond pour le traitement de l'exstrophie de la vessie consiste à disséquer la vessie jusqu'au niveau de l'abouchement des uretères; mais au lieu de la sacrifier (procédé de Sonnenburg) on la conserve pour la rabattre sur la gouttière pénienne; les bords du lambeau vésical paré et rabattu sont ensuite suturés aux lèvres avivées de la gouttière pénienne; puis le prépuce perforé à sa base, suivant la pratique de Le Fort, est passé au-dessus du gland et étalé par sa face cruentée sur la face supérieure cruentée du lambeau vésical.

Il en résulte que l'urine, à sa sortie des uretères, s'écoule dans une sorte de canal à renflement supérieur dont les parois sont exclusivement muqueuses et partant, incapables de favoriser la formation de concrétions calculeuses.

L'opération comprend quatre temps successifs :

1° Disséquer la vessie et la rétrécir par excision de ses bords, afin qu'elle ait les dimensions voulues pour s'adapter à la gouttière pénienne sur les bords de laquelle elle va être rabattue et suturée.

2° Aviver les bords de la gouttière pénienne, rabattre la vessie disséquée sur cette gouttière et fixer les bords du lambeau vésical rabattu aux lèvres avivées de la gouttière pénienne par quatre sutures au fil d'argent (deux de chaque côté).

3° Inciser le feuillet cutané antérieur du prépuce sur tout le pourtour sous-pénien, ponctionner en travers son feuillet cutané postérieur dans une étendue suffisante pour que la boutonnière ainsi pratiquée laisse passer le gland, relever tout le capuchon préputial par-dessus la verge, l'étaler sur la face cruentée du lambeau vésical rabattu et le fixer dans cette position par des sutures appropriées.

Si, par exception, le prépuce n'avait pas une ampleur suffisante, on pourrait utiliser d'une manière analogue la peau de la partie inférieure de la verge ou celle de la face antérieure du scrotum.

Les tortillons des fils d'argent qui réunissent les bords de la vessie aux lèvres de la gouttière pénienne sont passés au travers du lambeau préputial pour que les sutures puissent être plus facilement enlevées.

Segond recommande pour toutes ces sutures l'emploi de fils d'argent parce que ces fils favorisent le moins la formation de concrétions calcaires au contact de l'urine.

4° Terminer les sutures et combler la plaie qui succède à la dissection de la vessie.

Dans quelques cas, le lambeau préputial peut suffire à combler toute la perte de substance. Dans d'autres cas il faut tailler de chaque côté de la plaie des lambeaux cutanés; mais on ne doit pas toujours chercher à combler toute la perte de substance du premier coup; et souvent la cicatrisation naturelle des parties laissées à découvert et quelques retouches ultérieures conduisent aisément la réparation au degré de perfection voulu. C. WALTHER.

II. — Après avoir étudié les avantages et les inconvénients de la méthode autoplastique française et ceux de leurs rivales allemandes (procédés de Trendelenburg et de Sonnenburg), le travail de Lacaze-Duthiers expose dans tous ses détails et avec trois observations heureuses à l'appui le nouveau procédé opératoire de l'exstrophie vésicale, imaginé par Segond. R. JAMIN.

III. — Vincent a employé le procédé de Segond chez un tout jeune enfant (l'âge n'est pas indiqué) en modifiant quelques points. Il n'a pas diminué la largeur de la vessie, mais l'a au contraire conservée en entier. Il recommande, pour détacher la paroi postérieure au-dessus de l'abouchement des uretères, de disséquer dans la tunique musculeuse en rasant la membrane aponévrotique sous-jacente; de faire maintenir, pendant cette dissection, de petites bougies dans les uretères pour éviter leur blessure.

Le résultat a été très satisfaisant. L'urètre suturé à la paroi vésicale forme un moignon en saillie assez long, aucune goutte d'urine ne sort d'un autre point.

IV. — Poncet a opéré par ce procédé un enfant de 8 ans avec plein succès; la cavité vésicale étant exclusivement muqueuse, il ne se forme pas de concrétion calculeuse. L'infirmité est réduite au minimum. A. C.

Exstrophie de la vessie : opération en une séance ; guérison, par L. THOMAS (*Ann. des mal. des org. gén. u rin.*, *février* 1890).

Le procédé de restauration, mis en pratique par L. Thomas (de Tours) chez un garçon de deux ans atteint d'exstrophie vésicale avec épispadias complet, n'est autre que le procédé autoplastique à double plan de lambeaux, auquel le chirurgien a apporté quelques modifications pour obtenir une reconstitution immédiate et une occlusion hermétique de la vessie. Ces modifications ont consisté dans le dédoublement du prépuce, l'union de son feuillet muqueux avec le plan autoplastique profond et de son feuillet cutané avec le plan autoplastique superficiel, la réunion latérale du lambeau médian et du feuillet muqueux du prépuce avec la surface d'avivement entourant la muqueuse vésicale, de telle sorte que la cavité nouvellement formée ne communiquait avec l'extérieur que par le sillon urétral, la suture à points séparés et très rapprochés cheminant dans l'épaisseur des lambeaux sans les traverser comme dans la suture de Lembert ou la réunion des fistules vésico-vaginales.

Grâce à ces additions au procédé autoplastique à double plan, unies à une antisepsie rigoureuse, une seule séance opératoire a suffi pour la reconstitution d'une vessie exstrophiée. R. JAMIN.

A study of villous tumors of the bladder, par Ch. Dixon JONES (*Medical News*, 8 *mars* 1890).

Après une étude très complète de l'hématurie au point de vue du diagnostic clinique, l'auteur distingue deux variétés de tumeurs villeuses de la vessie : le papillome ou type bénin, et le cancer villeux ou tumeur maligne. En somme, la seule présence de villosités dans une vessie ne suffit pas pour le diagnostic et le pronostic de la néoplasie. A l'appui de cette opinion, Dixon Jones reproduit des citations d'un grand nombre de chirurgiens et de micrographes, qui dans ces dernières années se sont particulièrement occupés de la question des tumeurs vésicales. Plusieurs figures, représentant des coupes histologiques de villosités vésicales, accompagnent ce travail. R. JAMIN.

Étude sur les kystes hydatiques de la vessie, par L. LEGRAND (*Thèse de Paris, juin* 1890).

Le travail de Legrand affirme l'existence, jusqu'à présent contestée, des kystes hydatiques dans les parois vésicales, soit dans la tunique musculaire, soit entre celle-ci et la séreuse ou plus rarement la muqueuse. Mais, parmi les seize observations recueillies par l'auteur, aucune n'est probante en faveur de l'opinion qu'il soutient : dans plusieurs d'entre elles, le contrôle de la nécropsie a fait défaut, et on s'est borné à des probabilités cliniques; et dans les autres, l'examen *post-mortem* n'a pas démontré d'une façon péremptoire que le kyste hydatique fût né dans l'épaisseur même des parois de la vessie. R. JAMIN.

I. — Étude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique, par DIETZ (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Ueber einen höhem Steinschnitt... (Taille hypogastrique avec réunion par première intention de la suture vésicale chez un vieillard), par KEHR (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 200, 3 *mars* 1890).

I. — S'appuyant sur de nombreux faits expérimentaux et cliniques, Dietz préconise la suture de la vessie après la taille hypogastrique, mais il est nécessaire, pour la réussite, que la vessie et les reins soient sains, que la plaie abdomino-vésicale soit nette, la vessie suspendue et l'asepsie opératoire rigoureuse. Les points de suture, distants de 3 millimètres au plus, s'exécutent avec des fils de soie ou mieux de catgut, car ces derniers sont mieux tolérés et ne se résorbent guère avant le dixième jour, c'est-à-dire quand la cicatrisation est complète; ils ne doivent jamais traverser la muqueuse, sinon ils se couvrent de concrétions calcaires, produisent des fistules à leur niveau et deviennent le noyau de calculs. Le procédé de Lembert est le plus employé et, pour plus de sûreté, on adosse la face externe de la vessie une ou deux fois à elle-même au-dessus des sutures profondes, afin de les protéger. En l'absence de tout micro-organisme, la réunion par première intention est ainsi obtenue; mais, si l'on a des doutes, on ne ferme qu'incomplètement la plaie abdominale et l'on draine la cavité de Retzius. Un cathétérisme permanent ou intermittent rigoureusement aseptique assure le repos du viscère, dont les lavages ne s'effectuent qu'à l'aide de l'urine aseptisée dans le rein.

Dans 65 0/0 des cas, la réunion primitive a eu lieu de cette façon et la moyenne du traitement a été de 18 jours R. JAMIN.

II. — Homme de 69 ans, débilité par un emphysème pulmonaire qui l'empêche de dormir et l'oblige à rester assis dans son lit.

Kehr extrait, par la taille sus-pudienne, une pierre ayant 4 centimètres de long sur 3 de large et pesant 36 grammes. Puis il pratique la suture de la vessie par une suture entrecoupée, à la soie au sublimé, à points très rapprochés n'étreignant que les tuniques fibreuses et musculeuses et dépassant un peu les limites de l'incision vésicale. Puis un second plan de sutures appliqué de manière à refouler en dedans et à faire disparaître le premier.

Le premier jour l'urine fut encore sanguinolente. Kehr cathétérisa l'opéré toutes les 2 heures. Dès le 8e jour l'urine était parfaiment claire. Le 10e jour, le malade commença à se lever et à uriner seul. La suture vésicale s'est réunie par première intention. J. B.

I. — Urétrotomie externe avec cathétérisme rétrograde par la taille hypogastrique, par DELEFOSSE (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., septembre* 1889).

II. — Ein Fall von höhem Steinschnitt (Taille hypogastrique), par Rud. WOLFF (*Deutsche med. Woch., n° 4, p.* 76, 1890).

III. — Capillary drainage of the bladder, par FOWLER (*N. York med. journ., p.* 257, 7 *septembre* 1889).

I. — Chez un malade, porteur de rétrécissements blennorragiques infranchissables, Delefosse fait l'urétrotomie externe ; mais, après une demi-heure de tentatives infructueuses, il ne parvient pas à découvrir le bout postérieur. Il ouvre alors la vessie par l'hypogastre et pratique le cathétérisme rétrograde. Guérison complète en trois semaines.

L'auteur a recherché les cas similaires publiés jusqu'à ce jour : il en a trouvé seize, qu'il résume dans son travail. Il y joint d'autres cas dans lesquels le cathétérisme rétrograde a été également pratiqué après incision préalable de la vessie par l'hypogastre, mais il s'agissait alors soit de ruptures traumatiques récentes de l'urètre, soit d'une hypertrophie prostatique ou de fausses routes. R. JAMIN.

II. — L'opéré est âgé de 82 ans; il ne souffrait que depuis quatre semaines, mais ses douleurs ont été subitement si violentes que l'intervention s'est imposée.

Symptômes de calcul volumineux. Incision de 10 centimètres à la paroi abdominale et de 6 centimètres à la vessie. Extraction, à l'aide de la pince, d'un calcul pesant 180 grammes, mesurant 8 cent. et demi de long sur 7 de large et épais de 4 centimètres. Les rugosités de sa surface ayant lésé la vessie, pas de suture, mais tamponnement à la gaze iodoformée.

Marche régulière; la température n'atteint qu'une seule fois 38°,3. Cicatrisation assez rapide de la plaie.

III. — A la suite de la taille sus-pubienne, l'auteur propose le drainage capillaire de la vessie. Il roule un morceau de gaze stérilisée dans une solution d'oxyde de zinc et en fait une petite corde qu'il introduit dans la vessie, et dont il laisse pendre le bout en dehors ; puis il fait le pansement. Ce drain a l'avantage de ne pouvoir se déplacer dans les mouvements que fait l'opéré. L. GALLIARD.

Restauration du canal de l'urètre chez la femme, par POLAILLON (*Bull. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 708).

Polaillon, pour restaurer le canal de l'urètre chez la femme, a em-

ployé deux procédés nouveaux qui s'appliquent, l'un à la restauration de la partie postérieure du canal de l'urètre, la partie antérieure existant encore, l'autre à la création de toutes pièces d'un urètre nouveau.

Premier procédé. Restauration partielle. — Ce procédé consiste : 1° à tailler sur la muqueuse de la paroi antérieure de l'urètre un lambeau en forme de pont transversal; 2° à décoller ce lambeau d'avant en arrière ; 3° à l'abaisser au niveau de la perte de substance et à le suturer au bord antérieur et au bord postérieur de celle-ci, de manière à ce que le canal de l'urètre passe au-dessus de lui.

Comme traitement consécutif, maintenir l'ouverture de ce canal par une sonde à demeure pendant la cicatrisation, et, plus tard, empêcher le rétrécissement du tissu inodulaire par de fréquents cathétérismes.

Polaillon a dû un succès à l'emploi de ce procédé pour guérir une fistule urétro-vésico-vaginale consécutive à une taille vaginale qui avait été faite pour extraire un calcul formé autour d'épingles à cheveux.

Deuxième procédé. Restauration totale. — Chez une malade atteinte d'un vice de conformation consistant en une absence complète de l'urètre, Polaillon, dans une première opération, forma un col à la vessie et un rudiment d'urètre, en prenant sur la muqueuse du vagin un lambeau qui fut renversé et suturé au pourtour de l'orifice vésical avivé. Une deuxième opération consista à refaire le canal de l'urètre : incision sur la face interne de chacune des petites lèvres, près du bord libre, commençant un peu au-dessous du gland du clitoris et venant gagner le niveau de l'orifice vésical; dédoublement des petites lèvres par dissection. Les feuillets internes, représentant deux volets, sont renversés en dedans et suturés l'un à l'autre avec des fils de catgut. Il en résulte un canal dont la paroi supérieure est formée par la muqueuse vestibulaire du vagin, et la paroi inférieure par le rapprochement des feuillets internes. Le rapprochement et la suture des feuillets externes doublent et renforcent la paroi inférieure de ce nouveau canal. Sonde à demeure. Dans une dernière opération, la fistule qui siège au col de la vessie en arrière du nouveau canal est oblitérée par l'avivement et la suture de ses bords.

Excellent résultat opératoire et thérapeutique. La malade garde bien ses urines et les expulse volontairement. C. WALTHER.

I. — Suture primitive et suture secondaire de l'urètre et du périnée à la suite de l'urétrotomie externe), par E. KIRMISSON (*Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, *XV*, *n° 4*, *p.* 287).

II. — De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement du rétrécissement de l'urètre, par BRAQUEHAYE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 *janvier* 1890).

I. — Kirmisson rapporte les 3 observations suivantes :

1° Rétrécissement blennorragique de l'urètre; calculs de l'urètre. Urétrotomie externe ; extirpation de 7 calculs logés dans la région bulbaire ; suture primitive de l'urètre ; guérison.

2° Rétrécissement traumatique de l'urètre et fistule périnéale. Urétrotomie externe sans conducteur ; suture secondaire du périnée ; guérison.

3° Urétrotomie externe faite un an auparavant. Fistule périnéale persistante ; suture secondaire du périnée ; insuccès.

Dans la première de ces observations, la suture porta sur l'urètre

lui-même qui fut réuni par 6 points de catgut fin, deuxième plan, de 4 points de suture sur le bulbe et le bulbo-carverneux, troisième plan au crin de Florence sur la peau; entre les deux derniers plans, un petit drain.

Dans les deux derniers cas, Kirmisson ne fit que la suture périnéale à 2 plans sans suture spéciale de l'urètre. L'insuccès de la dernière opération doit être mis sur le compte de l'état général du malade atteint de double pyélonéphrite. C. WALTHER.

II. — Braquehaye a recueilli quelques observations de rétrécissement de l'urètre, traités par l'électrolyse linéaire ou par l'urétrotomie interne; il compare la valeur respective de chacune de ces méthodes, et après avoir noté 2 insuccès sur 5 malades soumis à l'électrolyse, il en tire ces conclusions : L'électrolyse linéaire ne met pas plus à l'abri de la récidive qu'aucune autre méthode. Suivie de cathétérismes réguliers, elle pourra donner de bons résultats.

On peut toujours l'essayer, puisqu'elle est sans danger et qu'en cas d'insuccès il sera toujours temps de recourir à l'urétrotomie interne.

OZENNE.

Zur Behandlung der Harnröhrenverletzungen und ihrer Folgen (Du traitement des blessures de l'urètre et de leurs conséquences), par C. HAEGLER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 277).

Les matériaux de ce travail ont été recueillis à la clinique de Socin, à Bâle. L'auteur démontre que la résection et la suture de l'urètre, soit après l'opération de la boutonnière dans les cas de rupture traumatique, soit après l'urétrotomie externe dans les cas de rétrécissement traumatique, permettent, grâce à la réunion immédiate, d'éviter la formation d'un tissu cicatriciel et, par conséquent, d'un rétrécissement consécutif. A l'appui de ces considérations, Hägler mentionne de nombreuses expériences comparatives qu'il a pratiquées sur des chiens et 5 observations cliniques intéressantes.

Ces observations concernent deux cas de rupture traumatique récente et trois cas de rétrécissement ancien et traumatique de l'urètre. La longueur de la portion reséquée, dans les rétrécissements, variait de 1 à 3 centimètres; le nombre des sutures a été de six en moyenne, comprenant toujours presque toute l'épaisseur de la muqueuse. Cependant l'auteur conseille à l'avenir de faire de préférence des sutures sous-muqueuses et de se servir de catgut au lieu de soie, afin d'éviter l'élimination des fils et la suppuration possible de la muqueuse. La plaie périnéale doit être maintenue béante et une sonde à demeure laissée dans l'urètre pendant les premiers jours : Hägler, en effet, pense que, malgré ses dangers, la sonde à demeure est encore préférable au cathétérisme répété.

De consciencieuses recherches bibliographiques ont permis à l'auteur de réunir 78 observations à l'appui de sa thèse; on y voit que la résection et la suture de l'urètre sont une opération d'origine française, car c'est à Poncet, Lucas-Championnière et Mollière que sont dues les premières observations de ce mode de traitement des ruptures et des rétrécissements cicatriciels de l'urètre. DE SANTI.

Mode inusité d'émission d'un calcul de l'urètre, par CHABOUX (*La Normandie méd.*, 1er *janvier* 1890).

X..., graveleux, a eu plusieurs accès de colique néphrétique sans issue de gravier. En novembre 1889, brusque et très vive douleur, au fond de l'urètre, à la suite de laquelle les mictions restent lentes et douloureuses, sans hématurie. Dans l'intervalle, sensibilité profonde, pénible au-dessus de l'anus. Trois semaines plus tard, pendant un coït, le premier depuis l'accident de novembre, ce malade ressent, au moment de l'éjaculation, une douleur suraiguë, partie du point primitif pour descendre jusqu'au gland, puis il perçoit dans son canal, au niveau du frein, un calcul qu'il amène à l'extérieur.

C'est un calcul urique, de couleur jaunâtre, de forme cylindrique, à extrémités amincies et long d'un centimètre. Il s'était probablement arrêté dans l'utricule prostatique, avant d'être entraîné par le flot spermatique. OZENNE.

L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, par MONAT (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., octobre et novembre* 1889, *janvier et mars* 1890).

Le travail de Monat sur le traitement électrolytique des rétrécissements urétraux est basé sur 296 observations personnelles. L'auteur étudie d'abord les divers instruments imaginés jusqu'à présent pour pratiquer cette opération, ainsi que les différentes piles destinées à les actionner. Puis il décrit dans tous ses détails le manuel opératoire, et notamment l'intensité du courant à employer, la durée des séances, le choix des pôles, l'action du courant, etc... Enfin il démontre que l'électrolyse, pas plus d'ailleurs que les autres méthodes de traitement, n'assure la cure radicale des rétrécissements de l'urètre, puisque presque tous ses opérés ont eu une récidive, surtout quand on n'entretenait pas consécutivement la dilatation par l'introduction régulière de bougies dans le canal. Quant à la variété d'électrolyse urétrale, appelée à tort *linéaire*, elle constitue pour l'auteur un non-sens chirurgical, en flagrante contradiction avec la théorie sur laquelle elle s'appuie. R. JAMIN.

Ein durch ein Dermoid herbeigeführter Fall von Lithiasis (Lithiase urinaire produite par un kyste dermoïde), par Hugo FELEKI (*Pester mediz. chirurg. Presse*, 1889).

Il s'agit d'une femme de 57 ans qui, depuis huit ans, se plaignait de troubles vésicaux, en particulier d'accès de dysurie terminés ordinairement par l'élimination d'une sorte de calcul; depuis deux ans elle en avait recueilli une pleine boîte. Feleki fit la litholapaxie ; mais, en examinant les fragments, il s'aperçut que plusieurs d'entre eux étaient pourvus d'un poil blond qui le plus souvent faisait saillie à l'extrémité effilée du calcul : parfois plusieurs fragments étaient réunis par un poil. Tous les calculs éliminés depuis deux ans, une cinquantaine environ, étaient munis de ce poil. Les accidents ayant reparu quelques semaines après l'opération, on fit une tentative de cystoscopie pour découvrir l'origine de ces poils ; mais la vessie ne se laissa pas distendre. L'auteur se propose donc de renouveler sa tentative sous le chloroforme avant d'entreprendre une nouvelle opération qui dépendra des résultats donnés par cette exploration. Il admet provisoirement qu'il s'agit soit d'un cas de l'affection décrite par Reyer sous le nom de trichiasis de la vessie, soit plus probablement d'un kyste dermoïde en communication avec la cavité vésicale. L'urine cependant ne présente aucune altération, et l'on ne constate aucune tumeur dans l'abdomen. La matière déposée autour des poils est du phosphate de chaux. DE SANTI.

Exstirpation tuberkulöser Samenbläschen (Extirpation des vésicules séminales tuberculeuses), par Emerich ULLMANN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 8, *p.* 137, 1890).

C'est le premier cas d'extirpation des vésicules séminales. Il s'agissait d'un homme de 17 ans, qui avait subi la castration du côté droit le 17 juin pour un épididymite tuberculeuse. La vésicule séminale du côté correspondant était déjà envahie. Son état s'étant aggravé, Ullmann se décida à en tenter l'extirpation le 27 juillet. Incision demi-circulaire entre l'anus et le scrotum. Dissection du périnée, section du releveur de l'anus. L'hémorragie est assez abondante. La prostate étant mise à nu, on continue la dissection du rectum. un doigt placé dans le rectum et une sonde introduite dans la vessie servant de guide. On voit avec la plus grande netteté les canaux déférents et les vésicules séminales. On constate que la vésicule du côté gauche est également augmentée de volume. Extirpation des deux vésicules. Le canal déférent du côté gauche est laissé en place. On résèque une portion de la prostate dans laquelle se trouvait un petit abcès. Après hémostase complète, drainage et suture en étage. Le soir, forte hémorragie qui oblige à enlever les sutures et à tamponner la plaie. Au bout de quelques jours, l'urine coule par la plaie vraisemblablement, dit l'auteur, par l'intermédiaire du conduit éjaculateur du côté droit. Finalement, le malade guérit et son état général très altéré se relève.

L'auteur croit que l'extirpation des vésicules séminales est indiquée : 1° dans les cas de tuberculose testiculaire ou épididymaire lorsqu'une seule vésicule est malade; 2° dans les cas de tuberculose primitive des vésicules séminales. PIERRE DELBET.

De la prostatotomie et de la prostatectomie, par VIGNARD (*Thèse de Paris, mars* 1890).

Abandonnant la voie urétrale, préconisée jadis par Mercier, les chirurgiens incisent et excisent aujourd'hui la prostate en passant soit par le périnée (Gouley, Harrisson), soit par l'hypogastre (Dittel, Mac Gill, Schmidt). Ces opérations tendent 1° à rétablir la miction volontaire amoindrie ou abolie chez les prostatiques, et 2° à supprimer les difficultés du cathétérisme chez ces malades.

Malgré les nombreuses observations publiées (Vignard en reproduit une cinquantaine), dans la plupart des cas l'opération n'a pas rendu aux malades la miction volontaire, surtout quand la rétention complète existait depuis plusieurs mois. Un résultat relativement favorable n'a été obtenu que dans les cas très rares où les deux conditions suivantes coexistent, à savoir, 1° l'existence d'un obstacle prostatique très net au niveau du méat interne, tandis que le reste de la prostate est peu hypertrophié ; 2° la persistance de la contractilité vésicale. Quant à la seconde indication opératoire, c'est l'impossibilité, d'ailleurs très exceptionnelle, de pratiquer le cathétérisme, soit pour le chirurgien, soit pour le malade. En somme, les indications de la prostatotomie et de la prostatectomie existent, mais elles sont très restreintes.

Le procédé opératoire que préfère Vignard est : pour les simples barres prostatiques, celui d'Harrisson, c'est-à-dire la prostatotomie périnéale avec maintien prolongé d'un gros drain à travers l'urètre postérieur et le col vésical (seul il permet d'éviter la récidive de la barre) ; pour toutes les autres formes d'hypertrophie, la prostatectomie sus-pubienne. Dans ce dernier procédé, l'énucléation partielle, si elle est

possible, permettra d'extirper une plus ou moins grande partie de la prostate; quant à l'énucléation totale, Vignard la croit possible anatomiquement, mais il constate que l'on manque de données suffiantes pour conseiller de la pratiquer sur le vivant. R. JAMIN.

Weitere Beiträge zur Lehre von der Orchitis variolosa, par CHIARI (*Zeitschrift f. Heilkunde, vol. X, n° 4, p.* 340, *et Congrès de Prague*, 1889).

En 1886, l'auteur avait déjà dit que, presque constamment, au moins chez les jeunes garçons, le testicule dans la variole était le siège de lésions pathologiques comparables à celles de la peau. De nouvelles recherches (62 cas, dont 10 chez l'adulte) lui ont permis d'affirmer avec plus d'autorité encore l'identité de la lésion testiculaire et de l'exanthème; l'une et l'autre sont constitués par une éruption spéciale; l'évolution en est absolument parallèle et l'analogie histologique complète.

L'orchite varioleuse se rencontre au moins dans les 3/4 des cas suivis de mort, que cette mort soit due à la variole ou à toute autre cause. Les foyers peuvent parfois être sentis à la palpation à travers les bourses; sur une coupe longitudinale, ils sont le plus souvent visibles à l'œil nu dès la période de suppuration. Ils peuvent s'accompagner d'hémorragies. Leur nombre est très variable, et leurs dimensions peuvent aller du volume d'une graine de pavot à celui d'un petit pois.

A la période d'éruption, visibles seulement au microscope, ils consistent en une infiltration cellulaire du tissu conjonctif sous forme de foyers mal limités; l'épithélium des canalicules spermatiques est intact ou commence à se nécroser. A la période de suppuration, c'est une pustule jaune pâle plus ou moins bien limitée, dont le centre est constitué par l'épithélium nécrosé. Enfin dans la période de dessiccation et de desquamation, on trouve au foyer trois zones nettes : 1° centrale ou de nécrose, 2° moyenne ou d'infiltration cellulaire, 3° périphérique ou d'exsudation. A cela se joignent parfois des lésions diffuses du tissu conjonctif interstitiel. Des microcoques ont été vus plusieurs fois soit dans les foyers, soit dans les vaisseaux, soit en dehors d'eux.

L'examen des testicules de varioleux morts à une époque plus ou moins éloignée de la maladie, a permis de suivre les stades de la guérison; on a pu constater que l'orchite varioleuse est capable d'une régression complète, ne laissant aucune trace anatomique ni fonctionnelle.

LEFLAIVE.

Sul modo di rendere ancora più semplice ed innocente la cura radicale dell' idrocèle, par A. SCARENZIO (*Broch. in*-8, 8 *pages, Milan*, 1889).

L'auteur, dans une communication faite à l'Institut lombard, propose de modifier le procédé de Volkmann pour la cure radicale de l'hydrocèle de la façon suivante, qui permet d'exciser largement la vaginale sans l'ouvrir :

Incision des téguments et des enveloppes sous-jacentes dans une étendue de 4 ou 5 centimètres, du côté opposé au testicule, en respectant la vaginale; ponction de l'hydrocèle avec un trocart; puis, au fur et à mesure que le liquide s'écoule, pincer fortement le feuillet scrotal de la vaginale et l'attirer au dehors en le décollant avec les doigts, ce qui est facile, en raison de la laxité du dartos. Quand la majeure partie de la sé-

reuse a été ainsi pédiculisée et quand on sent le testicule amené au bord de la plaie, on saisit la base du pli vaginal avec un clamp ou deux pinces, on résèque la portion qui dépasse et on suture au-dessous du clamp comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. Quatre observations à l'appui. L'adhésion des deux feuillets de la vaginale, que Volkmann attribuait en partie à l'action irritante de l'acide phénique ou à l'action mécanique du lavage, est indépendante de ces facteurs, car elle s'est faite chez tous les opérés sous un simple pansement au sublimé à 1/1000 ou même à l'eau pure.

DE SANTI.

I. — Excision of hemorrhoids, par L. S. PILCHER (*Annals of surgery, mai* 1890).

II. — Du traitement des hémorroïdes par l'excision suivie de suture, par RAFIN (*Lyon méd.*, 2 *novembre* 1890).

I. — Pilcher accepte la méthode de Whitehead et recommande plusieurs précautions. (Voy. *R. S. M.*, XXXIV, 261.)

Il est difficile de reconnaître les fibres musculaires du sphincter, surtout si les tumeurs sont volumineuses et si le sphincter est relâché par une dilatation préliminaire; il est bon au préalable d'en vérifier les limites pour procéder à l'énucléation.

Durant la dissection la surface du sphincter sera suivie avec soin en restant en dehors du tissu musculaire : on évite ainsi une hémorragie un peu forte. Cette dissection sera prolongée au delà du tissu hémorroïdal.

Dans les cas graves il y a toujours relâchement du rectum avec tendance au prolapsus, et il est nécessaire de retrancher un segment de l'intestin : mais il n'y a pas lieu de réséquer la peau de la région anale, bien qu'elle puisse parfois sembler exubérante. L'opération terminée et l'intestin fixé à la peau, la ligne de suture est en dehors de l'anus; mais au bout de quelque temps, les parois rectales regagnent de la tonicité et se rétractent, le sphincter se contracte, et la ligne d'union remonte dans l'anus. Il faut que le segment excisé du rectum soit égal de chaque côté pour éviter un ectropion partiel de la muqueuse.

MAUBRAC.

II. — Rafin rapporte deux observations, l'une due à L. Tripier, l'autre personnelle d'excision des hémorroïdes avec suture au catgut. L'observation de Tripier remonte à 1886; dans les deux cas le résultat a été excellent. Après antisepsie, l'hémorroïde est saisie avec une pince, excisée à petits coups, disséquée, et les bords sont suturés au fur et à mesure avec le catgut un peu fort. A la suite, on prescrit une diète sévère, la constipation (par les opiacés) pendant trois jours. La guérison est rapide. Le procédé semble supérieur aux autres méthodes.

A. CARTAZ.

I. — The radical cure of varicose veins of the legs, par PHELPS (*New York med. journ*, *p.* 701, 28 *décembre* 1889).

II. — De la cure radicale des varices, par MONTAZ (*Dauphiné méd.*, *août* 1890).

I. — En deux ans Phelps a observé cinq cas d'hémorragies importantes, dont une mortelle, par ouverture spontanée de varices de moyen calibre.

Aussi s'est-il efforcé de guérir radicalement les varices ; il a pratiqué chez une centaine de sujets les ligatures des veines, prenant d'abord tous les cas où il ne voyait pas de contre-indication, puis restreignant son intervention aux cas suivants :

1° Varices empêchant l'admission des sujets dans la marine, l'armée, les fonctions publiques ;

2° Tumeurs variqueuses ou minceur extrême des téguments faisant redouter des hémorragies ;

3° Eczéma ou ulcères chroniques ;

4° Varices causant le gonflement des pieds ou l'affaiblissement des membres inférieurs.

Il pratique sur chaque veine des ligatures multiples, distantes d'un ou deux pouces les unes des autres, avec le catgut, en se servant de l'aiguille de Reverdin. Le nombre des ligatures importe peu, si l'on pratique rigoureusement l'antisepsie, pour la durée de la cure. L'auteur en a fait jusqu'à 30 sur une seule jambe ; dans un cas, il en a pratiqué 42 sur les deux jambes en une seule séance. Peu d'accidents à redouter ; la thrombose n'est pas plus à craindre ici qu'avec les autres procédés d'occlusion. L. GALLIARD.

II. — Montaz conseille le procédé suivant pour la cure radicale des varices. Après antisepsie de la région, avec une aiguille chargée d'un crin de Florence, on pique la peau à côté de la veine. On passe sous la veine et on ressort en traversant la peau aussi près que possible du point d'entrée. L'aiguille est retirée, laissant le crin, qu'on serre vigoureusement. A dix ou vingt centimètres plus loin, la même manœuvre est répétée, et l'on peut ainsi placer plusieurs ligatures. Un pansement iodoformé reste en place 8 à 15 jours, puis l'on coupe les crins et la cure est terminée. OZENNE.

I. — Panaris infectieux, par DUBRUEIL (*Gaz. méd. de Paris*, 22 *mars* 1890).

II. — Du panaris infectieux, par MIGNON (*Bull. méd.*, 27 *avril* 1890).

I. — Fille de 23 ans, maigre, débilitée. Depuis un mois elle était atteinte d'un panaris, siégeant sur la face palmaire de la phalangette du pouce droit et présentant actuellement une ulcération à bords grisâtres, taillés à pic et à fond constitué par le périoste sain. Cette malade avait, en outre, un abcès de la paroi thoracique, dont l'incision donna issue à du pus séreux et sanieux. Quelques jours plus tard se montraient deux autres abcès, puis les symptômes de la pyohémie et finalement la mort. Ce fait a présenté cette particularité qu'une lésion restreinte, en apparence bénigne, a donné lieu à une terrible complication que rien tout d'abord n'aurait fait prévoir.

II. — Jeune soldat de 25 ans, dont l'extrémité de la phalangette du médius droit devint le siège d'une tourniole. Quelques jours plus tard, le doigt tout entier se gonflait et le mal progressant, la phalangette était éliminée. Pendant que le panaris était en voie de guérison, le malade fut pris de symtômes infectieux (frissons, diarrhée, muguet, élévation de la température) et d'un abcès périnéphritique, dont l'incision mit fin rapidement à tous les accidents.

De cette ostéomyélite infectieuse, provoquant à distance une lésion de même nature, l'auteur rapproche un cas de mort, qu'il a observé dans les circonstances suivantes : En 1885 il traitait une femme de 28 ans pour un panaris grave du pouce, qui fut suivi de l'élimination de la première phalange. Six semaines plus tard, la malade présentait des signes de ramollissement du sommet du

poumon droit et en quatre mois elle succombait aux progrès de la diathèse tuberculeuse. OZENNE.

Sur l'ongle incarné, par Th. ANGER (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *p.* 594).

Th. Anger donne la description d'un procédé qu'il a appliqué sur 117 malades atteints d'ongle incarné et qui a toujours donné de bons résultats :

Dans un premier temps, taille par transfixion, à la base de l'ongle malade, d'un lambeau latéral qui, partant un peu en avant de l'articulation de la phalangette, se termine à l'extrémité de l'orteil. En taillant ce lambeau, le couteau doit suivre les parties saines et ne pas entamer les chairs ulcérées. La pointe du couteau doit pénétrer de la face plantaire vers la face dorsale, en avant et très près de l'articulation. Il faut avoir soin, autant que possible, de comprendre l'artère collatérale dans ce lambeau dont la base doit être large.

Le lambeau taillé étant rabattu vers la base de l'orteil, le couteau est placé dans l'angle de la plaie, le tranchant dirigé vers la matrice de l'ongle; on sectionne les tissus jusqu'à ce que le tranchant du bistouri soit arrêté par la résistance de l'os; faisant alors décrire au tranchant un quart de tour, on coupe les chairs en rasant l'os de façon à enlever comme un copeau toutes les parties malades. Il faut dans ce dernier temps raser l'os avec soin et ne pas craindre même d'enlever une légère couche osseuse adhérente aux fongosités.

Pansement au diachylon avec enveloppement d'ouate. Repos de 10 à 16 jours.

Anger n'a pas observé de récidive.

Le seul accident peut être un léger sphacèle de l'extrémité du lambeau, soit parce qu'il est trop mince, soit parce que le pansement a été trop serré. C. WALTHER.

Sur deux cas de fibro-sarcome à cellules géantes des doigts, par CASSAET et LABOUGLE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 *janvier* 1890).

1° Femme de 60 ans, atteinte d'une tumeur à la face palmaire du pouce droit. Début il y a 3 ans sous forme d'une grosseur mobile, dure, ovalaire qui s'est accrue peu à peu sans manifestation douloureuse. On note actuellement une tumeur dure, indolente, indépendante du tendon du long fléchisseur du pouce et de la peau. L'ablation en fut facile et montra qu'elle s'était développée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Macroscopiquement elle offrait un aspect inégal, était de consistance variable et présentait des bosselures les unes translucides, les autres blanches. A l'examen histologique on reconnaît que le néoplasme est constitué par une double capsule de nature conjonctive, dans laquelle rampent des vaisseaux, et par un tissu formé de nombreuses cellules polymorphes et de cellules géantes. La tumeur est, en un mot, un fibro-sarcome à cellules géantes.

2° Sur une autre tumeur, l'auteur a trouvé les mêmes éléments constitutifs, mais avec cette particularité que les parties sarcomateuses prédominent sur les parties fibreuses.

D'après ces faits et l'examen antérieur d'une semblable tumeur publié par Ferré, on doit admettre l'opinion toujours si contestée de la transformation d'une tumeur en une autre. OZENNE.

Gangrène de l'avant-bras, par PRENGRUEBER (*Bull. méd.*, 27 *juillet* 1890).

Homme de 23 ans, blessé dans une rixe d'un coup de couteau à la partie supéro-externe de l'avant-bras. Hémorragie assez abondante arrêtée par la compression, pansement antiseptique à l'entrée à l'hôpital. Le lendemain, hernie légère des muscles, douleurs vives propagées le long du membre, température locale abaissée, menaces de gangrène, qui est complète vingt-quatre heures plus tard, avec fièvre, délire, etc.

La forme de la gangrène, la marche des accidents font rejeter l'idée d'une gangrène septique pour songer à une gangrène d'origine vasculaire. L'amputation du bras amène la cessation des accidents fébriles, et à la dissection du membre on est tout étonné de constater que l'instrument tranchant a atteint à la fois la radiale, le tronc commun des interosseuses et la cubitale. Cette lésion de tous les troncs vasculaires était bien la cause de la gangrène. A. C.

Die Behandlung kleiner cystischer Geschwülste mit Chlorzinceinspritzungen (Du traitement des petites tumeurs kystiques par les injections de chlorure de zinc), par A. LANDERER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXIX*, *p.* 610).

L'auteur a guéri de la sorte et sans aucun accident 5 kystes synoviaux de la région dorsale de la main, 1 ganglion de la gaine des fléchisseurs de l'annulaire, 3 hygromas prérotuliens, 6 bourses muqueuses adventices provoquées par la déviation du gros orteil, 1 cas d'hydrocèle chez un enfant de 6 semaines et 1 grenouillette, qui fut guérie en 3 semaines. Il emploie une solution à 1/1000 de laquelle il injecte, avec une seringue de Pravaz, 0,2 à 1,5 centimètre cube. Aussitôt après l'injection, la tumeur durcit, le tissu cellulaire priphérique s'œdématie, puis le kyste s'atrophie et enfin disparaît au bout de 4 à 5 semaines.

C'est, dit Landerer, le procédé « le plus simple, le plus sûr et le plus efficace » de tous ceux qui sont connus. DE SANTI.

Sarcome de la langue, par E. MERCIER (*Revue médic. Suisse romande*, *X*, 250, *avril* 1890).

Homme de 36 ans, sans hérédité. Sur le dos de la langue, à quelques millimètres de la pointe et à cheval sur sa ligne médiane qu'elle dépasse surtout à droite, tumeur tout à fait indolente, du volume d'une noix, qui a débuté, il y a 8 ans, par un petit bouton rosé, lequel, après s'être développé progressivement, a doublé de volume l'an dernier; depuis 4 mois, elle est restée stationnaire.

Elle a la forme d'un champignon, largement pédiculé et aplati à son sommet par la pression des incisives supérieures et de la voûte palatine. La muqueuse qui la recouvre présente des papilles hypertrophiées et la coloration rosée normale. Sa consistance ferme permet de la limiter nettement dans le tissu lingual. Les sensibilités générale et spéciale sont abolies à la surface de la tumeur.

Ablation suivie de réunion par première intention.

La tumeur a, dans tous les sens, un diamètre de 2 centimètres et demi. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome constitué par de grandes cellules de différentes formes à un ou plusieurs noyaux; au centre, dégénération graisseuse fortement accentuée. (*R. S. M.*, XXXIII, 666.) J. B.

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche et du cou, par Fleury Betham ROBINSON (*St Thomas's Hosp. Reports*, 1890, *p.* 153).

Les tumeurs ne sont pas très rares, elles sont toujours congénitales. Elles peuvent siéger soit sur la ligne médiane soit sur les parties latérales. Celles de la ligne médiane dépendant du canal thyréo-glottique dont le foranem cæcum a été considéré comme l'orifice supérieur, celles des parties latérales proviennent de la multiplicité des arcs branchéaux.

Les premières proviennent d'un enclavement de l'épiblaste à l'union des arcs branchiaux ou du conduit thyréo-glottique. Elles sont situées entre les muscles génio et hyoglosses et siègent au-dessous de la langue, superficielles ou dans sa profondeur. Elles contiennent un liquide visqueux rarement sébacé.

Les secondes sont généralement en rapport avec l'os hyoïde et sur la ligne déterminée par le bord antérieur du sternomastoïdien. Regardées comme dépendant de l'épiblaste, quelques-unes sont certainement dues à l'hypoblaste. Leur contenu est variable comme celui de tous les kystes dermoïdes ; difficiles parfois, s'ils sont situés sous le plancher de la bouche, à différencier de la grenouillette. L'auteur rapporte 10 cas de la première variété et 6 de la seconde. F. VERCHÈRE.

De la grippe au point de vue chirurgical, par VERNEUIL (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 *mai et* 19 *août* 1890).

Après avoir rappelé les nombreuses complications suppuratives qui surviennent dans le cours de la grippe, Verneuil insiste sur les dangers qu'elles présentent.

Il rapporte à ce sujet 2 observations. Dans l'une, il s'agit d'un jeune homme qui, durant sa convalescence imparfaite, est pris de broncho-pneumonie, d'abcès sous-pectoral à pneumocoques, d'arthrite sterno-claviculaire et d'endocardite végétante, tous accidents infectieux rapidement suivis de mort. Le deuxième fait concerne une femme de 44 ans qui, vers la fin d'une attaque de grippe, subit une ablation partielle du sein pour une petite tumeur récemment parue. La plaie opératoire suivit sa marche naturelle sans complications, mais il y eut une réapparition de la grippe et des accidents de pyohémie, qui emportèrent la malade.

Il résulte de ces faits que le pronostic des opérations, pratiquées dans ces circonstances, doit être réservé et que, sauf le cas d'urgence, toute opération doit être ajournée jusqu'au rétablissement complet du malade.

Dans la seconde partie de cette communication, l'auteur examine l'influence de la grippe survenant chez un opéré ou un blessé. Il relate, à l'appui de l'action pathogène excitatrice de la maladie, quelques observations les unes personnelles, les autres empruntées à Walther, à Demons et à Bennett, et il cite, en terminant, deux faits d'accroissement rapide de néoplasme dont il a été témoin et dont il rapporte le développement à la maladie infectieuse.

Verneuil rapporte et commente un certain nombre d'observations qui mettent hors de doute l'influence exercée par la grippe sur les blessures et les opérations chirurgicales. De même qu'elle prédispose à la suppuration les complications inflammatoires qu'elle provoque, en dehors du traumatisme, de même elle agit sur les plaies, soit en retardant la cica-

trisation, soit en facilitant la suppuration, soit en créant des accidents inflammatoires de divers ordres.

La grippe paraît encore agir défavorablement sur la grossesse et ses suites et sur les tumeurs, dont elle accélère le développement. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

Weitere Untersuchungen über die Abhängigkeit der Sehschärfe von der Intensität sowie von der Wellenlänge im Spectrum (Nouvelles recherches concernant l'influence, sur l'acuité visuelle, de l'intensité et de la longueur d'onde des lumières spectrales), par UHTHOFF (*Arch. f. Opht.*, *XXXVI*).

L'auteur, au lieu de pigments, s'est servi des lumières homogènes spectrales; il a étudié : 1° l'influence, sur l'acuité visuelle, de l'intensité d'éclairage pour telle ou telle longueur d'onde. Les recherches ont porté sur six longueurs d'onde différentes (rouge, jaune, jaune verdâtre, vert, bleu et violet); 2° l'acuité visuelle dans les différentes parties du spectre pour la même étendue de la fente éclairante.

D'après les résultats obtenus, l'auteur a construit des courbes. Au commencement, ces courbes s'élèvent brusquement, c'est-à-dire que, avec l'augmentation de l'intensité d'éclairage, l'acuité visuelle augmente rapidement; puis, une certaine intensité atteinte, les courbes s'inclinent assez brusquement pour ne plus s'élever que très peu; l'acuité visuelle n'augmente donc que très peu à partir d'un certain degré d'intensité d'éclairage. L'acuité visuelle atteint son maximum absolu dans la partie jaune du spectre.

L'auteur a pu aussi vérifier le phénomène de Purkinge, c'est-à-dire qu'il faut une plus grande altération de l'intensité d'éclairage pour le bleu que pour le rouge, afin qu'une différence de clarté soit appréciée. Aussi l'acuité visuelle augmente-t-elle d'un côté et baisse-t-elle de l'autre plus lentement dans la partie froide que dans la partie chaude du spectre.

Quant à l'acuité visuelle dans les différentes parties du spectre, pour la même largeur de la fente lumineuse, l'auteur a constaté que le maximum de l'acuité visuelle se trouve dans le jaune, mais que l'intensité objective de l'éclairage est d'une certaine influence sur la position de ce maximum. Pour les daltonistes, la courbe est presque conforme à celle des yeux normaux, tandis que pour les anérythropes le maximum d'acuité visuelle est quelque peu déplacé vers la bande verte du spectre.

ROHMER.

Ein Fall von doppelseitiger, nicht eitriger Thränendrüsenentzündung (Un cas d'inflammation aiguë double, non purulente, des glandes lacrymales), par SCHEFFELS (*Centralbl. f. prak. Augenheilk.*, *mai* 1890).

Scheffels observa chez un forgeron de 24 ans une inflammation aiguë des glandes lacrymales des deux yeux, accompagnée de céphalée, et de difficulté

de la déglutition. Il y avait en outre cyanose du visage et tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires et des glandes lymphatiques du cou; pas de tuméfactien des ganglions préauriculaires ni de la parotide. Il n'y avait pas de fièvre. Aucune trace de syphilis ou de leucémie. Guérison rapide avec iodure de potassium et compresses d'eau blanche. Comme on ne trouvait aucune cause d'infection, on pria le malade d'examiner les chevaux qu'il avait ferrés et il découvrit que l'un deux était atteint d'un papillome altéré du sabot avec sécrétion purulente fétide. ROHMER.

Du lambeau musculo-cutané en forme de pont appliqué à la restauration des paupières, par TRIPIER (*Revue de chirurgie, n° 4, p.* 341, 1890).

Ce procédé permet, d'une part, de couper le moins possible de filets du facial, d'autre part de respecter la continuité des fibres de l'orbiculaire.

Tripier l'a employé 3 fois pour la restauration de la paupière inférieure 1 fois pour la restauration de la paupière supérieure.

Pour refaire la paupière inférieure, le lambeau en pont est taillé sur la paupière supérieure, mobilisé par sa partie moyenne et abaissé jusque sur la perte de substance de la paupière inférieure.

Le même procédé appliqué à la paupière supérieure consiste à prendre le lambeau en pont sur le front immédiatement au-dessus du sourcil et à l'abaisser au-dessous du sourcil.

On peut, par ce procédé, rendre aux paupières leur forme et leurs mouvements. C. WALTHER.

Un nouveau procédé d'opération dans le distichiasis, par LANDOLT (*Arch. d'ophtalm., X, n° 1, p.* 1).

Après avoir dédoublé la paupière assez haut et divisé le petit lambeau ciliaire, on fait glisser ce lambeau sous le supérieur, et on le maintient dans cette position par des sutures profondes qui viennent sortir au niveau du sourcil; on a eu soin de couper les cils aussi ras que possible. Le bord inférieur du lambeau supérieur retombe naturellement à la place de l'ancien bord ciliaire et adhère très vite à la partie postérieure de la paupière. Au bout de quelques jours, on fait, à un millimètre environ au dessus du nouveau bord ciliaire, une incision qui met les cils à nu et leur permet de pousser en liberté. F. DE LAPERSONNE.

Tuberculose der Sclera, par MULLER (*Soc. des méd. de Vienne*, 14 *mars* 1890).

Il s'agit d'une tumeur de la sclérotique observée chez un jeune garçon. Cette tumeur ayant l'apparence d'un kyste et n'étant pas congénitale, on diagnostiqua d'abord un cysticerque. En l'ouvrant après l'excision, on trouva un kyste à contenu mou, à parois granuleuses; il ne renfermait pas de crochets, mais les parois étaient constituées par des tubercules miliaires. L'examen a montré des bacilles.

Récidive rapide. Actuellement (deux mois après l'opération), on voit une petite tumeur ulcérée. Le pronostic est grave : l'auteur craindrait en excisant la tumeur de perforer la sclérotique qui est extrêmement amincie. Cette perforation surviendra spontanément et aura pour conséquence l'atrophie de l'œil. L. GALLIARD.

Paralysie et contracture de la convergence, par PARINAUD (*Soc. d'ophtalm. de Paris*, 3 *décembre* 1889).

La paralysie, déjà étudiée par l'auteur en 1886, doit comprendre

seulement les cas où l'innervation des droits internes est intéressée seulement pour la convergence.

Il y a paralysie combinée de la convergence lorsqu'il y a en même temps paralysie de l'élévation et de l'abaissement des deux yeux, mais intégrité des mouvements de latéralité.

Dans la paralysie essentielle il y a seulement abolition des trois actes musculaires qui interviennent dans la fixation à petite distance, c'est-à-dire convergence, accommodation et contraction de la pupille. Les symptômes sont donc : 1° défaut de convergence des yeux; 2° diplopie croisée persistant sans changement dans tout le champ du regard; 3° paralysie de l'accommodation sans mydriase; 4° perte du réflexe accommodateur. Il s'agit bien d'une paralysie d'une fonction portant sur l'innervation de plusieurs muscles à la fois. A côté de ces faits, le défaut de convergence est, dans certaines observations, accompagné d'un défaut de divergence, dont la signification est difficile à donner.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Anomalies of the ocular muscles — Some considerations respecting the deviations of strabismus and their treatment, par G. T. STEVENS (*Arch. of ophthalm., XVIII, n° 4, p. 371*).

II. — Troubles musculaires du strabisme concomitant, par DE PAULA (*Thèse de Paris, n° 315, 1890*).

III. — Torticolis oculaire, par LANDOLT (*Bulletin médical, n° 50, 22 juin 1890*).

IV. — Le strabisme névropathique, par VALUDE (*Congrès int. de Berlin (section ophtalm.). Semaine médicale, 10 août 1890, et Arch. d'opht., X, f. 4, p. 327*).

V. — De la cure du strabisme dans ses rapports avec l'acuité visuelle de l'œil dévié, par VIALET (*Arch. d'ophtalm., X, 4, p. 289*).

I. — Dans la plupart des cas de strabisme concomitant, soit interne, soit externe, il faut faire entrer en ligne de compte des déviations verticales qui passent ordinairement inaperçues. C'est seulement par la recherche de la diplopie que l'on peut se rendre compte de la position des deux lignes visuelles : grâce à de patientes recherches, on peut la révéler dans les strabismes modérés ; quant aux strabismes de haut degré, on peut, par une opération partielle, les rendre moins considérables et rechercher alors exactement la position des doubles images. Ce qu'il importe de désigner exactement, ce n'est pas le genre de strabisme, mais la direction anormale des lignes visuelles : l'auteur propose d'appeler hypertropie la déviation des lignes visuelles dans le plan vertical, ésotropie et exotropie les déviatons en dedans et en dehors ; on peut, avec ces mots, faire des termes composés, hyperésotropie par exemple.

II. — L'étude du champ de fixation démontre que les troubles musculaires sont fréquents dans le strabisme concomitant. Ils atteignent 77 0/0 dans le strabisme convergent. Par ordre de fréquence on observe : 1° affaiblissement du droit externe de l'œil dévié ; 2° affaiblissement des deux droits externes ; 3° affaiblissement des droits internes (rare) ; 4° affaiblissement du droit interne et externe de l'œil dévié (très rare). Le degré de limitation est en moyenne de 13°, mais il n'est pas en rapport avec le degré de strabisme. On observe ces troubles de motilité aussi bien dans

le strabisme alternant. Les troubles musculaires sont au moins aussi fréquents dans le strabisme divergent, mais ils sont moins connus.

Les causes sont multiples ; on peut faire intervenir les anomalies d'insertion des muscles, les anomalies de développement des muscles, l'atrophie musculaire par distension du globe, les parésies ou paralysies congénitales ou acquises.

III. — Sous ce nom, il faut comprendre les diverses déviations du cou, pouvant devenir permanentes, entraînant même des courbures compensatrices de la colonne vertébrale et tenant simplement à une paralysie d'un des nerfs moteurs de l'œil. Pour échapper aux effets gênants de la diplopie, les enfants penchent la tête, et bientôt cette position persiste. Landolt en a trouvé deux cas, l'un chez une jeune fille qu'il reconnut atteinte de parésie de l'oblique supérieur de l'œil gauche; la tête était penchée sur l'épaule droite et la face regardait à gauche; l'autre chez un enfant de 9 ans, qui avait été traité inutilement par l'électrisation des muscles du cou, les appareils orthopédiques, etc. En dehors de l'usage des prismes, difficilement supportés, il n'y a guère que la ténotomie ou l'avancement des muscles de l'œil qui peut agir. Wadsworth (de Boston) et Risley ont signalé l'efficacité de ce traitement, mais déjà en 1873, Cuignet signalait ces faux torticolis d'origine oculaire.

IV. — L'existence du strabisme comme tare de dégénération est aujourd'hui bien établie, et ce signe peut être classé parmi les meilleurs stigmates de l'hérédité névropathique, comme le pied bot ou telle autre malformation physique. Mais à côté il existe un strabisme névropathique, souvent héréditaire, qui se produit dans les premières années de la vie dans les mêmes circonstances et avec les mêmes caractères que le strabisme amétropique simple de Donders. Le strabisme concomitant n'est pas dû à la seule amétropie : la névropathie constitue un facteur important, quelquefois prépondérant de la déviation. Il faudrait admettre au point de vue étiologique des strabismes amétropiques simples, des strabismes névropathiques purs, et une troisième classe, de beaucoup la plus nombreuse, dans laquelle l'influence de l'amétropie et de la névropathie se combinent. Ceci explique bien des cas de récidives, après correction opératoire et optique, heureusement obtenue tout d'abord. L'état névropathique, même léger, doit donc être recherché et traité dans beaucoup de cas.

V. — S'appuyant sur les statistiques de Landolt, l'auteur démontre que l'opération sert à faire remonter l'acuité visuelle de l'œil primitivement dévié, à condition que le malade se soumette pendant quelque temps aux exercices stéréoscopiques. Le degré d'augmentation est très variable; il dépend un peu de l'âge du malade et surtout de l'ancienneté du strabisme. Ce fait vient à l'appui de la théorie de l'amblyopie par défaut d'usage. Il montre la nécessité des exercices après l'opération pour remonter la vision et même pour établir la vision binoculaire.

F. DE LAPERSONNE.

Zur Ætiologie des Strabismus convergens (Etiologie du strabisme convergent (recherches anatomiques), par **L. WEISS** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. avril* 1890).

L'auteur eut l'occasion de faire l'autopsie d'un homme âgé de 32 ans, qui

avait louché depuis l'âge de trois ans à la suite d'un leucome adhérent de la cornée de l'œil gauche. L'œil droit, dans l'abduction forcée, atteignait avec le bord externe de la cornée la commissure externe, tandis que l'œil gauche restait à 4 millimètres de la commissure externe gauche. Mort par phtisie pulmonaire. Le centre de rotation de l'œil gauche est à 29^{mm},5, et celui de l'œil droit à 33 millimètres de la ligne médiane. Il en résulte qu'à innervation et contraction musculaire égales, la ligne visuelle de l'œil droit vient couper plus loin l'axe médian de l'œil gauche. Le calcul démontre que pour une convergence de chaque œil de 28°,5, l'intersection de la ligne visuelle et de l'axe médian se trouve pour l'œil gauche à 6^{mm},44 plus près de la face que pour l'œil droit.

Weiss ajoute que cette proximité plus grande de l'œil gauche de la ligne médiane n'est pas rare, on l'observerait même sur la Vénus de Milo. L'auteur donne en outre de nombreuses mensurations du crâne, de l'orbite, du canal optique, etc. Notons seulement que l'angle d'inclinaison de l'ouverture de l'orbite est sensiblement plus petit du côté de l'œil strabique que du côté sain, et cette ouverture elle-même est dirigée plus directement en avant, celle du côté sain ayant une direction plus divergente. ROHMER.

Ueber Pathogenese des divergenten und convergenten Schielens (Pathogénie du strabisme divergent et convergent), par Hansen GRUT (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1890).

Après avoir étudié la position des yeux à l'état normal, l'auteur formule la pathogénie du strabisme dans les propositions suivantes :

1° Le strabisme divergent est l'expression d'un relâchement de l'innervation de la convergence qui permet à l'œil de prendre la position anatomique du repos. Il ne peut donc, en l'absence d'une parésie ou d'une condition anormale des muscles, se produire que lorsque la position anatomique du repos est la divergence.

2° Le strabisme convergent est le résultat d'une innervation qui occasionne un raccourcissement excessif des droits internes sans altération dans la structure du muscle. Si cette innervation anormale est suspendue temporairement ou d'une manière permanente, le strabisme disparaît. C'est par conséquent l'antithèse parfaite du strabisme divergent. L'auteur n'admet pas le raccourcissement anatomique supposé par quelques auteurs, pour les raisons suivantes :

a) Il n'a jamais été démontré anatomiquement ;

b) Il est contraire aux lois fondamentales du strabisme ;

c) Il ne s'accorde pas avec la cessation temporaire du strabisme pendant la chloroformisation ;

d) La guérison spontanée du strabisme le rend impossible. ROHMER.

The use of ascending doses of nux vomica as an aid in the treatment of insufficiencies of the ocular muscles, par DE SCHWEINITZ (*Medical News*, *n°* 18, 1889).

Les degrés élevés des paralysies oculaires sont justiciables des opérations, ténotomies, avancements musculaires, etc. Mais dans certains cas l'opération est impossible, soit que les patients s'y refusent, soit que les circonstances la contre-indiquent : c'est ainsi, par exemple, que dans l'asthénopie neurasthénique il vaut mieux employer les médicaments

toniques. Dans d'autres cas, l'opération a été pratiquée, mais n'a pas donné un résultat complet, ou bien les verres correcteurs, associés aux prismes, ne font pas encore disparaître complètement le diplopie. Dans ces circonstances, l'auteur a obtenu de bons résultats de la noix vomique, prise à dose progressivement ascendantes, jusqu'à 25 et 30 gouttes de teinture. F. DE LAPERSONNE.

Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal, par SANS (*Thèse de Paris*, n° 308, 1890).

Cette affection est surtout caractérisée par des végétations de la conjonctive qui se développent rapidement en un point localisé, par un gonflement très marqué de la paupière, par l'écoulement d'un liquide muco-purulent, souvent sanieux. Dès le début, les ganglions préauriculaires, intra-parotidiens et cervicaux se prennent et suppurent au bout de quelque temps, si on n'arrête pas l'inflammation de la conjonctive. La lésion est toujours unilatérale ; elle guérit sans laisser de cicatrices ; elle n'entraîne aucun trouble de la cornée. Ces signes permettent de la différencier de la tuberculose et du chancre de la conjonctive, affections qui, elles aussi, s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires. Cette conjonctivite infectieuse semble se rattacher à un contage animal, mais le germe pathogème n'est pas encore nettement reconnu. Comme traitement, le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre ne donnent pas de bons résultats : il vaut mieux employer le sublimé, l'iodoforme et surtout les cautérisations profondes au galvano-cautère. (Voy. *R. S. M.* XXXV, 601).

F. DE LAPERSONNE.

Bemerkungen über Conjunctivitis hyperplastica und Catarrhus vernalis (Observations sur la conjonctivite hyperplastique et sur le catarrhe printanier), par SHÖBL (*Centralbl. f. pr. Augenh.*, *avril* 1890).

A propos d'un travail que l'auteur a publié sur l'anatomie pathologique de la panophtalmie, pour lequel il a fait l'examen microscopique de 30 yeux, ainsi que d'une quarantaine d'autres énucléés à la suite d'irito-cyclites graves ou d'atrophie, il a plus spécialement étudié l'état de la conjonctive. Dans presque tous les cas, il a observé une hypertrophie plus ou moins considérable, surtout de la couche épithéliale, mais aussi du tissu sous-épithélial. Ce dernier est souvent infiltré de cellules rondes, et ses vaisseaux présentent des bourgeonnements néoplastiques. Il s'agit toujours d'un processus inflammatoire de la conjonctive, lequel peut mieux conduire à une hyperplasie simulant une tumeur. L'auteur décrit quatre groupes différents d'hypertrophie suivant la puissance de l'épaississement épithélial et la forme de cette hypertrophie. Schöbl trouve que cet état de la conjonctive a beaucoup d'analogie avec celui qu'on trouve dans le catarrhe printanier. Il propose, en conséquence, pour cette dernière maladie, le nom de kérato-conjonctivite hyperplastique printanière. ROHMER.

Purulent ophthalmia, par J. A. ANDREWS (*N.-York med. Journ.*, *p.* 681, 21 *juin* 1890).

L'auteur a trouvé constamment le gonococcus dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (122 fois sur 122 cas). Mais il admet, qu'à

l'âge de 2 ou 3 mois, les enfants peuvent avoir une autre variété d'ophtalmie purulente, moins grave, cédant à un traitement simple; ici le gonococcus manque généralement; l'auteur ne l'a vu que 3 fois sur 9 cas.

Chez les adultes, l'auteur admet une variété d'ophtalmie blennorragique avec gonococcus, et pourtant bénigne.

L'auteur préconise la solution de nitrate d'argent à 2 0/0. L. GALLIARD.

Ueber die Verbreitung der Trachomatösen Augenentzündung in Böhmen. Ein Beitrag zur Geographie des Trachoms (Fréquence du trachome en Bohême contribution à la géographie du trachome), par REISINGER (*Arch. f. Ophthalm.*, *t. XXXVI*).

L'auteur a examiné, pour la Bohême, la thèse de Chibret, que le trachome perd sa contagiosité à l'altitude de 230 mètres; la Bohême convient surtout à ces recherches à cause de sa centralisation. L'auteur avait à sa disposition les journaux des six dernières années des deux cliniques et de la polyclinique de Prague et de la clinique de Bager à Reichenberg. Il conclut de ses recherches que la thèse de Chibret ne peut être généralisée sans restriction. Il y a évidemment des conditions topographiques et climatologiques qui mettent des bornes au développement et à la propagation du trachome; mais les conclusions de Chibret ne peuvent être admises qu'en ce que la fréquence absolue des cas de trachome diminue avec l'altitude, sans que la maladie y cesse d'être endémique. La limite de la zone non trachomateuse ou presque atrachomateuse trouvée par l'auteur égale à 450 mètres au-dessus du niveau de la mer, diffère beaucoup de celle de Chibret. Selon l'auteur, le trachome ne perd jamais sa contagiosité. Il a constaté que le trachome est surtout fréquent dans les régions marécageuses. Il y a une certaine coïncidence entre le trachome et la fièvre paludéenne, mais les districts du trachome dépassent partout ceux de la fièvre paludéenne. De plus, l'auteur a constaté par la statistique que le trachome est une maladie des classes inférieures et mal situées. Il est plus fréquent au printemps et en été; à partir du mois d'août sa fréquence diminue rapidement pour s'élever de nouveau vers la fin de l'hiver; ce qui correspond à la fréquence de beaucoup de maladies infectieuses telles que la fièvre paludéenne et la fièvre typhoïde. ROHMER.

Staphylome complexe de la cornée. Altération de l'épithélium cornéen, par VALUDE (*Arch. d'ophtalm.*, *X*, *n°* 2, *p. p.* 155).

L'altération la plus remarquable portait sur la couche profonde de l'épithélium cornéen, dont les cellules étaient allongées à tel point qu'elles formaient à elles seules le tiers de l'épithélium cornéen. Le corps cellulaire est muni de filaments qui le réunissent aux noyaux voisins. La partie terminale profonde s'évase en entonnoir, comme dans les fibres de Müller. Ce pied de la cellule est constitué, non par des granulations protoplasmiques, mais par des filaments très fins qui se continuent directement avec les fibres fines que forment le feutrage du tissu propre de la cornée. La membrane basale limitante de Bowmann a complètement disparu. C'est un fait unique d'union directe entre le système épithélial et le système conjonctif. F. DE LAPERSONNE.

Ueber seltene Augenverletzungen (Lésions oculaires rares), par SCHIRMER, (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 457, 1890).

1° Rupture de la cristalloïde antérieure sans lésion de la cornée, chez un garçon de 5 ans, par un coup de pierre. Déchirure verticale laissant suinter la substance cristallinienne qui se résorba lentement. Dépôt de pigment de l'iris sur la cristalloïde antérieure. Pas de complications.

2° Triple rupture de l'iris, à la suite d'un choc, chez un garçon de 17 ans. En haut deux déchirures radiées, laissant entre elles un segment égal à la 6e partie de l'iris et qui se rétracte. En bas une déchirure n'intéressant que le sphincter. Déchirure de la zone de Zinn et hypoæma. Le sujet a eu plus tard une cataracte. L. GALLIARD.

Tuberculose oculaire. Excision d'un tubercule de l'iris suivie de succès, par TERSON (*Archiv. d'ophtalm.*, *t. X*, *n°* 1, *p.* 7).

Enfant de 12 ans chez lequel on voit se développer à le périphérie de l'iris une petite tumeur blanc-jaunâtre. Cette tumeur s'accompagne d'une forte injection scléroticale au point correspondant avec dépôts grisâtres sur la membrane de Descemet et signes certains d'iritis séreuse. Le traitement mixte ne donne pas de résultats. Puis, au bout de 2 ou 3 mois, la tumeur augmente, s'avance dans la chambre antérieure, donne lieu à une inflammation plus vive. Dès ce moment le diagnostic de tuberculose primitive de l'iris est certain. Malgré les difficultés opératoires dues au siège périphérique de la tumeur, l'excision du tubercule est pratiquée : le volume était celui d'un pois un peu gros : quant à la nature elle a été confirmée par les inoculations successives et par l'examen histologique.

Il y a donc une forme de tuberculose discrète de l'iris, qui amène des troubles mécaniques de l'œil par le seul fait de son accroissement progressif. Dans ce cas l'excision du tubercule devra être faite lorsque la tumeur apparaîtra dans la chambre antérieure ; on devra cependant temporiser pendant quelque temps, lorsque la tumeur aura pris naissance à la périphérie de l'iris, on risquerait alors d'en laisser une partie dans l'œil. Si pendant cette attente on voyait se produire d'autres tubercules de l'iris, on pourrait faire l'arrachement complet de l'iris suivi d'un lavage de la chambre antérieure. En tous cas, l'énucléation doit être repoussée, à moins de vives douleurs ; elle n'empêche pas la généralisation de la tuberculose, puisque la tuberculose de l'œil est due à une infection endogène.

Divers auteurs ont cité des cas de guérison spontanée de tuberculose de l'iris, d'autres ont insisté sur la nécessité de l'iridectomie ou de l'excision du tubercule, mais tout le monde paraît conclure à l'inutilité de l'énucléation dans ces cas. F. DE LAPERSONNE.

Ueber indirecte Verletzung der vorderen Linsenkapsel und des Sphincter iridis (Blessure indirecte de la capsule antérieure du cristallin et du sphincter de l'iris), par SCHIRMER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mai* 1890).

Un enfant de 5 ans avait reçu, trois jours avant son arrivée à la clinique, sur l'œil gauche, une pierre lancée avec une fronde. La cornée est intacte et normale. La pupille se dilate totalement avec l'atropine, mais elle présente vers le tiers externe deux synéchies, une supérieure et une inférieure qui sont réunies par une ligne de pigment qui traverse la pupille. Cataracte traumatique dont la portion externe est recouverte de la capsule, tandis que la portion interne présente des masses cristalliniennes opaques faisant hernie dans la chambre antérieure jusque vers la cornée. L'auteur admet

que dans ce cas la force du coup a été telle que l'humeur aqueuse a été violemment repoussée vers le bord périphérique de l'iris et qu'aussi le coup a pu atteindre le cristallin et produire la rupture de la capsule. L'auteur rappelle à cette occasion une observation de déchirure triple du sphincter irien publiée par Frank. ROHMER.

Un cas d'ophtalmoplégie extérieure bilatérale protubérantielle, d'origine embolique, par L. BOUVERET et L. CURTILLET (*Lyon méd.*, 14 *septembre* 1890).

Femme de 30 ans. Cinq enfants. Début des accidents cardiaques et respiratoires à la 4e grossesse.

En février 1890, première embolie; paralysie du côté gauche dont il ne reste plus de traces.

Le 25 mai, étourdissement brusque, vertige; depuis, diplopie persistante.

A l'examen, pas de troubles hystériques, rétrécissement mitral avec insuffisance mitrale, rien aux poumons, urine non albumineuse. Gayet a constaté une diplopie à droite par excès de divergence, une diplopie à gauche, une diplopie médiane, dues à une paralysie ou parésie des muscles droits internes. Pas de lésion des nerfs craniens. Intégrité des autres muscles oculaires; pas de lésions de l'iris, pas de troubles de l'accommodation.

Ces signes bien localisés font rejeter l'idée d'une lésion corticale, ou de la base du crâne et admettre l'hypothèse d'un petit foyer de ramollissement embolique au point où s'entrecroisent les fibres qui vont du noyau de la 6e paire au tronc de la 3e, en respectant les groupes de cellules qui forment le noyau du moteur oculaire commun. A. C.

Ueber Rindenblindheit (De la cécité corticale), par FÖRSTER (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXVI*).

Förster expose l'histoire d'un malade qui à l'âge de 39 ans, fut atteint d'hémianopsie droite complète. La limite du champ visuel déviait, dans la région du point de fixation, comme cela se voit d'habitude, de quelques degrés du côté hémianope. Cinq ans après, le malade fut atteint, de plus, d'une hémianopsie gauche complète. Il avait l'air d'un aveugle absolu; mais, toutefois, il restait un tout petit champ visuel central, de 3 à 5 degrés de diamètre, pourvu d'une bonne acuité visuelle (V = 1/3.) La mémoire topographique du malade était presque complètement disparue; le sens chromatique faisait défaut. Le fond de l'œil restait normal. Les pupilles rougissaient encore un peu. Il s'agit apparemment d'une affection des deux lobes occipitaux. L'auteur conclut de son cas :

1° Que la déviation de la limite du champ visuel, en cas d'hémianopsie, ne tient pas à ce que le centre de la rétine est constitué par des fibres des deux bandelettes optiques; mais à ce que le centre cortical de la vision centrale est probablement mieux vascularisé que la partie restante des lobes occipitaux. L'auteur pense que ledit centre reçoit son sang de deux cercles vasculaires appartenant à différents vaisseaux et entre lesquels il y a des anastomoses suffisantes. Le point du lobe occipital qui correspond au centre de la rétine pourrait donc continuer à fonctionner, quand même la fonction de toute l'autre écorce de ce lobe serait abolie.

2° Que l'hémianopsie double n'occasionne pas toujours l'abolition complète de la fonction des deux moitiés du champ visuel des deux yeux.

3° Que l'écorce des lobes occipitaux préside aux appréciations topo-

graphiques acquises, soit par le sens visuel, soit par le toucher, soit par le sens musculaire, soit par la description. En cas de lésion de ces endroits, la capacité de concevoir ou de reproduire des idées topographiques se perd.

4° Que pour la distinction des couleurs, la fonction d'un petit district de l'écorce ne suffit pas. Le sens chromatique est plus facilement aboli par un trouble de la nutrition des éléments corticaux que l'appréciation des formes des plus petites lettres.

5° Que la destruction de l'écorce des lobes occipitaux n'occasionne pas l'atrophie des nerfs optiques. ROHMER.

Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorragies utérines, par CHEVALLEREAU (*France médicale*, 23 *mai* 1890).

L'auteur cite deux cas d'hémianopsie survenus dans des conditions à peu près identiques : dans ces deux cas, chez des femmes d'une excellente santé, il se produit des pertes utérines considérables, dans un accouchement normal chez la première, dans une fausse couche chez la seconde. Ces métrorragies amènent une syncope, puis une perte de connaissance de longue durée, et en revenant à elle chacune s'aperçoit qu'elle a perdu une moitié du champ visuel. Dans les deux cas, les urines examinées plusieurs fois, ont été trouvées parfaitement normales ; le cœur ne présentait aucune lésion.

C'est aux hémorragies qu'il faut rattacher l'hémianopsie, comme dans les faits de Heldius, Günz, Pflüger. Dans les cas où la disparition du champ visuel a été indiquée, il s'agit d'hémianopsie droite, par conséquent de lésions portant sur le trajet de la bandelette optique gauche. On se demande si, sous l'influence de la syncope prolongée qui a succédé aux hémorragies utérines, il ne s'est pas fait des coagulations sanguines dans les branches des artères cérébrales qui se distribuent, soit à la portion, encore inconnue, de l'écorce cérébrale qui préside aux fonctions visuelles, soit plutôt à la bandelette optique gauche. E. DESCHAMPS.

I. — Ueber ein Fall von recidiv. Oculo-motorius Lähmung (Sur un cas de paralysie récidivante de l'oculo-moteur commun), par Eduard WISSERING (*Münch. med. Woch.*, 8 *octobre* 1889).

II. — Vorstellung eines Falles von Ophthalmoplegia interior, par W. FEILCHENFELD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 158, 17 *février* 1890).

I. — Sujet âgé de 14 ans présentant, outre les symptômes caractéristiques de la paralysie périodique de l'oculomoteur commun, de la sialorrhée, de l'anesthésie du trijumeau, preuve de l'existence d'un trouble non limité au moteur oculaire commun. A noter aussi l'œdème de la paupière.

La maladie reste stationnaire, au lieu d'avoir une marche progressive, comme dans le cas de Senator. Elle datait de cinq ans, pendant lesquels le malade avait eu de nombreux accès, les uns complets, les autres frustes. Au début, ils s'accompagnaient de douleurs vives, surtout la nuit, et de vomissements. Ceux-ci cessèrent, et il n'existait plus qu'un état nauséeux.

L'antipyrine a donné de bons résultats entre les mains de Wissering. P. TISSIER.

II. — Feilchenfeld a observé 3 cas de ce genre, dont 2 chez des syphilitiques avérés, et le 3e chez un malade présentant des adénites inguinales et cervicales, sans signe certain de syphilis. Chez ces individus,

l'affection, bornée à un seul œil, s'est montrée rebelle à tous les traitements.

En revanche, dans le fait actuel, il s'agit d'un homme de 45 ans qui nie tout antécédent syphilitique. Il y a quatre ans, Uhthoff l'a traité pour une paralysie de l'accommodation et du sphincter pupillaire de l'œil gauche qui a rapidement disparu sans laisser de traces, à la suite d'une médication insignifiante. Aujourd'hui, c'est l'œil droit qui est atteint de la même façon. Sur le reste du corps, pas d'autres troubles qu'un peu d'exagération des réflexes tendineux, et un tremblement fibrillaire de la langue. (*R. S. M.*, XXXIII, 686.) J. B.

Contribution à l'étude de l'héméralopie et de son traitement, par DUMAS (*Thèse de Paris*, *n°* 22, 1890).

L'héméralopie essentielle, dont la cause principale serait l'exposition prolongée à une vive lumière, a été traitée chez 161 malades, la plupart relégués à la Guyane : l'huile de foie de morue a eu les meilleurs résultats en faisant disparaître l'héméralopie en 10 ou 15 jours au plus. L'iode, l'iodure de potassium n'ayant pas d'action, on a cherché le principe actif dans le phosphore, et 5 malades ont été rapidement guéris par une préparation répondant à environ un milligramme de phosphore. Le phosphure de zinc agirait peut-être dans le même sens. On peut se demander si le phosphore a une action sur la formation du pourpre visuel, ou s'il est seulement excitant de la rétine comme du système nerveux. F. DE LAPERSONNE.

Sur un cas de migraine ophtalmoplégique (paralysie oculo-motrice périodique) par CHARCOT (*Progrès médical*, 2-9 *août* 1890).

Charcot, sous ce nom, étudie un syndrome constitué par l'association de la migraine avec une paralysie d'un des nerfs moteurs oculaires communs. Il s'agit d'une ophtalmoplégie totale portant également sur les branches musculaires et sur les rameaux intérieurs des muscles ciliaires et de l'iris. On compte aujourd'hui vingt observations positives. On trouve dans toutes les effets symptomatiques d'une paralysie totale de l'oculo-moteur, bornés dans tous les cas à un seul œil.

La douleur, la migraine ouvre la scène, et tient le premier plan ; elle reste exactement localisée d'un seul côté soit à la tempe, soit à la nuque, soit à l'occiput, en général accompagnées de troubles gastriques. Dans l'accès, il y a des exacerbations matinales ou vespérales. La douleur disparaît brusquement comme par enchantement au moment même où la paralysie apparaît; donc deux périodes, l'une douloureuse, l'autre paralytique.

Tantôt l'accès dure de trois à six jours dans les cas de courte durée, mais les récidives sont fréquentes, quelquefois mensuelles. Tantôt la période douloureuse dure dix à vingt jours, mais alors les retours sont beaucoup plus rares, la paralysie durant parfois deux et trois mois.

En général, la maladie commence dans l'enfance, se présente surtout chez les femmes et on ne connaît pas un seul cas de guérison véritable; dans un cas, la migraine qui survenait tous les mois n'était plus revenue, mais avait laissé une ophtalmoplégie persistante.

Charcot rapporte en détail une observation présentant certaines anomalies.

La malade, âgée de 35 ans, a eu son premier accès à 30 ans, en mars 1885. Mais de 16 à 23 ans, elle avait eu des accès de vulgaire migraine, à douleur bilatérale, avec exacerbations vespérales. La douleur dans les crises occupe la moitié droite de l'occiput, gagne peu à peu l'orbite. Légère le matin, elle est intense le soir dans le premier accès, la période douloureuse a duré un mois, puis est venue une paralysie durant un mois. La deuxième crise (février 1886) a eu trois semaines de migraine, puis la paralysie a été très intense huit jours et s'est atténuée, mais sans jamais disparaître, et, pendant trois ans, la malade a eu presque tous les quinze jours des crises de migraine rudimentaire durant quelques heures ou quelques jours, suivies d'accentuation passagère de la paralysie. A la fin de 1889, il y eut accalmie durant trois mois. En février 1890, troisième grand accès durant trois semaines, suivie de la paralysie oculomotrice qui s'atténua au bout de quelques semaines, mais outre la paralysie de l'oculo-moteur commun, il y a aussi paralysie du moteur oculaire externe.

Charcot admet, pour les cas à accès courts, à récidives fréquentes, l'existence de simples fluxions avec excitation, puis paralysie vasomotrice. A la longue, ces fluxions peuvent laisser un désordre permanent de certains éléments nerveux; il croit que la lésion porte sur le trajet périphérique basilaire du nerf oculo-moteur.

Sous l'influence du bromure de potassium à doses progressives de quatre à six grammes, prolongées pendant deux mois, les crises douloureuses ne se sont plus reproduites, et les phénomènes paralytiques ont complètement disparu. H. LEROUX.

Fünf Fälle von Accommodationslähmung bei Fleischvergiftung (Schinken) (Cinq cas de paralysie de l'accommodation par intoxication avec du jambon), par GROENOUW (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai* 1890).

Les symptômes observés par Grœnouw dans 5 cas d'empoisonnement par la viande gâtée varient légèrement : la paralysie de l'accommodation varie de 1,7 D à 6 D. Dans quelques cas il y a une mydriase légère et une réaction paresseuse de la pupille. Des expériences faites avec le même jambon sur des souris (les chiens et les chats sont réfractaires) sembleraient prouver que l'intoxication est due à des ptomaïnes et non à des bactéries; toutes les souris nourries avec le même jambon périrent dans les vingt-quatre heures par catarrhe intestinal aigu, tandis que d'autres souris nourries avec la rate et les intestins des animaux de la première expérience ne furent pas atteintes. En outre, on ne put rien découvrir au microscope ou au moyen de cultures des bactéries dans les premières souris. Grœnouw conclut qu'au point de vue clinique, les altérations oculaires rappellent celles de la diphtérie, sauf que dans cette dernière maladie la mydriase est l'exception. L'atropine agit aussi d'une manière différente, car avec l'atropine la mydriase précède toujours la paralysie de l'accommodation, tandis que le contraire a lieu dans l'intoxication par la viande gâtée. ROHMER.

Ueber periodische Facialis und Abducens-lähmung (Paralysie périodique du facial et de l'oculo-moteur externe), par NIEDEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1890).

L'auteur publie l'observation d'une femme sans antécédents spécifiques ou infectieux, chez laquelle il se produisit dans l'espace de six ans, d'abord à de grands intervalles (trois ans, puis deux ans et un an), deux fois la

paralysie du nerf facial gauche, puis celle de l'oculo-moteur externe du même côté ; enfin, plus tard, celle du facial droit, et une fois celle de l'oculo-moteur externe droit. Il y eut en outre une fois paralysie de la bouche, de l'hypoglosse qui ennerve la musculature de la moitié gauche de la langue (ce qui fit pendant quelque temps admettre le diaguostic de paralysie bulbaire progressive).

Toutes ces paralysies guérirent par des traitements variés et pas toujours spécifiques. L'auteur croit qu'il s'agit ici d'un processus exsudatif dans la région nucléaire du quatrième ventricule, qui n'amena pas d'altération durable de la substance médullaire, mais dont les produits se résorbaient assez facilement par un traitement approprié. ROHMER.

Ueber die Tonänderungen der Spectralfarben durch Ermüdung der Netzhaut mit homogenem Lichte (Des altérations du ton des couleurs spectrales, vues par la fatigue de la rétine à l'aide de la lumière homogène), par HESS (*Arch. f. Opht.*, *XXXVI*).

Hess a étudié l'influence de la fatigue de la rétine irritée par une lumière homogène quelconque, sur l'appréciation des teintes spectrales. Une rétine fatiguée, par exemple, pendant 35 secondes, par un jaune de 575 $\mu\mu$, ne voit pas le rouge de 700 μ comme rouge, mais comme rouge bleuâtre, etc.

D'après sa méthode, l'auteur a pu constater que les altérations des teintes spectrales, vues par une rétine fatiguée par une lumière homogène, ne peuvent être expliquées par la théorie de Young-Helmholtz, tandis que la théorie des couleurs complémentaires d'Hering les explique aisément. Pour la rétine fatiguée, toutes les lumières du cercle des couleurs semblent être déplacées de la couleur fatigante vers la couleur complémentaire. Si, par exemple, le jaune est la couleur fatigante, toutes les lumières d'une longueur d'onde plus grande semblent déplacées dans la direction du rouge, toutes les lumières d'une longueur d'onde moins grande dans la direction du vert. Le degré de ce déplacement dépend de l'intensité et de la durée d'action de la lumière fatigante. De plus, plus la couleur secondaire (celle qui tombe dans l'œil fatigué) est faible, peu intense, plus l'altération de son ton est grande.

ROHMER.

Contribution à l'étude de l'hémorragie de la macula, par CHAILLOUS (*Thèse de Paris, n° 168, 1890*).

A côté des lésions maculaires communes dans les différentes chorio-rétinites, il faut faire une place spéciale aux hémorragies maculaires sans lésions très marquées de la papille, de la rétine ou de la choroïde. On les trouve surtout dans l'athérome généralisé avec hypertrophie du ventricule gauche chez les vieillards, les alcooliques et les goutteux : c'est alors un signe pronostique important (cas de Berthold) ; la myopie peut devenir une cause d'hémorragie maculaire ; on l'observe aussi chez les jeunes gens, et la cause est mal définie. Ces hemorragies maculaires ont un pronostic très grave, car l'acuité visuelle ne se rétablit guère ; mais il existe de fausses hémorragies maculaires qui siègent soit entre la choroïde et la sclérotique, soit entre la rétine et le corps vitré ; le sang peut alors se résorber sans lésions des éléments rétiniens, et l'acuité visuelle se rétablit assez facilement. Ces hémor-

ragies pseudo-maculaires se distinguent par l'étendue de l'épanchement et l'absence de scotome complet. F. DE LAPERSONNE.

De l'artério-sclérose et des affections oculaires qui en dépendent, par KŒNIG (*Thèse de Paris*, *n°* 117, 1890).

Passant en revue les diverses affections oculaires qui dépendent de l'artério-sclérose, l'auteur cherche à distinguer trois sortes de rétinites brightiques correspondant à trois états des reins bien définis. Dans la néphrite parenchymateuse, on observe surtout la rétine franche avec plaques exsudatives et taches graisseuses. A la néphrite interstitielle se rapportent l'endardérite progressive des capillaires et une névro-rétinite hémorragique spéciale, les hémorragies plus nombreuses et le rétrécissement du calibre des artères (Gowers) sont caractéristiques. Entre ces deux formes extrêmes se place une rétinite à lésions multiples qui correspond à la néphrite mixte ou diffuse. — Le glaucome paraît bien sous la dépendance de l'artério-sclérose; sur trente cas de glaucome on a trouvé vingt-cinq fois des lésions athéromateuses, ce qui est bien en rapport avec la théorie vasculaire. Dans la sténose de l'aorte, on peut observer des cécités transitoires mono ou binoculaires, sans aucune lésion visible à l'ophtalmoscope; elles sont dues probablement à la contraction spasmodique des artères cérébrales et à une ischémie subite qui entraîne en outre la paleur subite, les étourdissements, les vertiges, les syncopes. Le altérations des lobes occipitaux peuvent entraîner soit des hémianopsies, soit même des cécités subites complètes et incurables sans lésions à l'ophtalmoscope.

Citons enfin la migraine ophtalmique, dans ses formes les plus sérieuses, qui se développe sous l'influence de l'artério-sclérose. Les autres lésions circulatoires ou nutritives d'origine artérioscléreuse sont passées en revue. F. DE LAPERSONNE.

Retrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, par DÉJERINE et TUILANT (*Soc. de Biologie*, 12 *juillet*, *et Médecine moderne*, *n°* 36, *p.* 685, 1890).

Ce rétrécissement, qui est indépendant de toute altération du fond de l'œil, a pu être observé chez sept syringomyéliques. Il porte sur le blanc et sur les couleurs, mais particulièrement sur le vert qui, chez certains malades, ne dépassait pas 10°. Analogue à celui que l'on observe dans l'hystérie ou dans les névroses traumatiques, ce rétrécissement est intéressant en ce qu'il reste indépendant de toute lésion de l'appareil optique ou de l'encéphale. F. DE LAPERSONNE.

I. — Pathogénie et nouveau traitement de l'ophtalmie sympathique, par ABADIE (*Annales d'oculistique*, *CIII*, *p.* 183).

II. — Recherches anatomiques sur une ophtalmie sympathique expérimentale, par GAYET (*Arch. d'ophtalm.*, *X*, *n°* 2, *p.* 97).

I. — Les données nouvelles sur l'ophtalmie sympathique ou migratrice de Deutschmann, sur son origine infectieuse, sur la voie de propagation par les gaînes des nerfs optiques, doivent modifier l'intervention chirurgicale et faire éviter souvent l'énucléation. Par une antisepsie rigoureuse on tachera d'éviter l'infection : si malgré tout, celle-ci se

produit, on fouillera minutieusement tout les recoins de la plaie avec la pointe fine du galvanocautère. Lorsque les premiers symptômes de l'ophtalmie sympathique se déclarent, on peut encore l'enrayer en injectant dans l'œil blessé une ou deux gouttes d'une solution de sublimé au millième. Ces injections provoquent, pendant quelques heures, une irritation un peu vive, mais, peu à peu, la réaction s'apaise, tout rentre dans l'ordre et l'état des yeux va en s'améliorant.

II. — Gayet a pu étudier avec soin une ophtalmie sympathique expérimentale chez un lapin, dans la chambre antérieure duquel il avait injecté des fongosités purulentes. La semence infectieuse, après avoir séjourné quelque temps sans réaction très vive, avait produit une violente inflammation qui avait détruit la capsule et envahi le cristallin, le corps vitré étant dévoré et la rétine décollée était profondément altérée dans sa structure. Des cellules embryonnaires traversaient même la choroïde au niveau de l'hémisphère postérieur. Le nerf optique étant le siège d'un gonflement portant sur les parois vasculaires et sur la névroglie : il était en partie atrophié au niveau du chiasma et l'altération scléreuse s'avançait du côté opposé. La névrite interstitielle se montre encore dans une partie du nerf optique, mais dans l'hémisphère postérieure de l'œil sympathisé, on ne trouve aucune altération et, au contraire, on constate des troubles scléro-kératiques très graves. Il y a donc une lacune dans la succession des lésions allant d'un œil à l'autre. Deutschmann a montré la marque générale de l'ophtalmie sympathique dans sa forme la plus grave ; mais elle peut suivre d'autres voies. Dans le cas particulier, on pourrait admettre que l'agent infectieux, rencontrant le canal par où pénètre l'artère centrale de la rétine, s'est engagé dans cette voie lymphatique, a suivi la gaîne péri-vaginale et l'espace de Tenon pour aboutir au limbe scléro-cornéen où il a exercé son action irritative.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Troubles de la vision dans l'impaludisme, par SULZER (*Arch. d'ophtalm.*, *X*, *n°* 3, *p.* 193).

II. — The ocular complications of malaria, par DE SCHWEINITZ (*Med. News*, *p.* 609, 7 *juin* 1890).

III. — Malarial neuritis and neuroretinitis, par MACNAMARA (*Brit. med. J.* *p.* 540, *mars* 1890).

I. — Les accidents oculaires paludéens sont très fréquents dans l'île de Java ; ils appartiennent presque tous à la forme de névrite optique chronique, décrite par Poncet et Gueneau de Mussy, névrite qui est caractérisée par un gonflement du disque qui présente une teinte rouge grisâtre et même noirâtre : la région circumpupillaire est diffuse, les vaisseaux sont élargis et tortueux. Ce qu'il y a surtout de remarquable, ce sont les oscillations considérables de l'acuité visuelle, survenant en quelques jours. Chez tous les malades, il y avait un gonflement considérable de la rate, des signes très marqués de cachexie paludéenne, et de temps à autre, des oscillations atypiques de la température. Chez quelques sujets, on a observé une infiltration diffuse du corps vitré et de plus une hyperémie remarquable, surtout veineuse, de la papille et

du fond de l'œil. Cette dernière lésion ne paraît pas avoir été encore signalée. F. DE LAPERSONNE.

II. — La malaria peut engendrer :

1° Une ophtalmie de type intermittent qui, quelquefois, remplace les manifestations ordinaires de la maladie.

2° Une forme de « kératite malarienne » tout à fait distincte des inflammations de la cornée simplement associée à la fièvre intermittente.

3° Divers troubles fonctionnels, amblyopie, parésie de l'accommodation, changements dans le champ visuel, hémianopsie.

4° Altérations de l'intérieur de l'œil, névrite optique, hémorragie rétinienne et dans le corps vitré. MAUBRAC.

III. — Macnamara rapporte quatre exemples de névrite optique et de neurorétinite survenue chez des sujets en puissance manifeste de malaria. Il considère le fait comme assez fréquent au cours de l'impaludisme chronique, et rapproche ces cas de ceux qu'a publiés Kidd sur la kératite malarienne. (*Americ. ophth. soc. Rep.* 1889.) H. R.

Ueber Sehnervenresection (De la résection du nerf optique), par SCHEFFELS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin* 1890).

Depuis les travaux de Deutschmann, plusieurs oculistes admettent que la question de l'ophtalmie sympathique est résolue par la migration à travers la gaine des nerfs optiques. Quelques auteurs ont prétendu que la question ne pouvait être décidée par des expériences sur des animaux et mirent même en doute l'exactitude et la réalité des expériences de Deutschmann. Scheffels croit ces doutes justifiés, et il admet que la clinique seule donnera la preuve définitive. Si la théorie de Deutschmann est vraie, la résection précoce du nerf optique empêchera toute ophtalmie sympathique; un seul insuccès suffirait à renverser la théorie. D'un autre côté, ce n'est que lorsque les chiffres des résections seront très considérables que l'on pourra conclure avec quelques chances de succès sur la valeur de cette théorie. Jusqu'ici, Schweigger seul a publié les résultats d'une centaine de résections. Scheffels ajoute aujourd'hui 41 observations de la clinique de Pagenstecher, de Wiesbaden.

Dans 15 cas, la résection fut faite à cause de douleurs absolument localisées dans l'œil affecté, dans 26 cas, par crainte d'ophtalmie sympathique. Le plus long fragment du nerf optique réséqué mesurait 15 millimètres et demi; toutefois une longueur de 7 à 8 millimètres doit suffire pour assurer les résultats, tandis que la simple névrotomie opticociliaire ne préserve pas de l'ophtalmie sympathique, comme le démontrent les cas de Mauthner, de Leber et un de Scheffels, publié dans tous ses détails dans le travail de l'auteur. Dans cette nouvelle observation, les symptômes inflammatoires du second œil apparurent 40 jours après le traumatisme et 85 après la névrotomie.

Quant aux résultats de la résection, on ne pourra se prononcer qu'après un temps assez long et après un nombre considérable d'opérations. En tous les cas, il faudra enlever une partie suffisamment grande du nerf. Schweigger exige même 10 millimètres. L'opération doit être faite assez tôt pour qu'aucune transmission du virus n'ait encore eu lieu.

Scheffels résume son travail dans les propositions suivantes :

Dans tous les cas où les malades souffrent directement et exclusive-

ment de leur œil aveugle, ou même dans ceux où il y a une irritation, une névrose sympathique du second œil, la résection du nerf optique doit remplacer l'énucléation.

Dans tous ces cas, même en présence d'un corps étranger où l'on peut craindre le développement d'une ophtalmie sympatique, il faut faire la résection prophylactique, tant qu'on n'a pas, dans ces conditions, observé un seul cas d'ophtalmie sympathique. Alors, mais alors seulement, il faudrait recourir à l'énucléation. ROHMER.

Ein Beitrag zur Anatomie des Glaucoma acutum (Contribution à l'anatomie du glaucome aigu), par BIRNBACHER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., avril* 1890).

Une femme de 54 ans avait perdu l'œil gauche de glaucome chronique depuis plusieurs années; elle meurt d'une pleuro-pneumonie; six jours auparavant, l'œil droit, jusqu'alors sain, est pris de glaucome aigu; on l'énuclée neuf heures après la mort et on le place dans le liquide de Müller; de l'autopsie générale nous ne retiendrons qu'une endocardite.

Le cristallin avait un diamètre axial de $5^{mm},2$ au lieu de 4 millimètres, et un diamètre équatorial de $7^{mm},5$ au lieu de 9 à 10 millimètres.

Les deux tiers antérieurs de l'iris sont adhérents à la face postérieure de la membrane de Descemet, tout en laissant un petit canal libre dans l'angle irien. L'épithélium cornéan est altéré, et les vaisseaux, surtout veineux de la partie antérieure de l'œil, sont gorgés de globules blancs.

Les capillaires veineux choroïdiens eux aussi sont remplis de leucocytes; les artères sont vides ou bien elles renferment du sang normal. Les veines vortiqueuses, au point où elles traversent la sclérotique, montrent des parois épaissies qui diminuent notablement leur lumière.

L'auteur pense pouvoir mettre toutes ces lésions sur le compte d'une choroïdite séreuse diffuse; quant au changement de forme du cristallin, qu'il n'explique pas, du reste, il le considère comme la cause de la proscidence des procès ciliaires. ROHMER.

Extraction of cataract without iridectomy, par BULL (*N.-York med. Journ., p.* 477, 2 *novembre* 1889).

Bull publie les résultats de 100 opérations de cataracte sans iridectomie.

Les avantages de l'extraction simple comparée à l'extraction avec iridectomie sont les suivants : l'œil conserve une pupille normale, l'acuité visuelle est plus grande, la vision excentrique et l'orientation sont meilleures qu'avec la seconde opération; les débris de capsule ne risquent pas autant d'être incarcérés dans la plaie et d'y jouer le rôle de corps étrangers; la nécessité d'opérations consécutives est probablement moindre.

Voici au contraire les désavantages : l'opération ne s'applique pas à tous les cas. La technique est plus difficile que dans l'extraction avec iridectomie; il faut faire une plus large section de la cornée, car l'iris bouche la plaie et met obstacle à l'issue du cristallin; la section de la cornée doit être faite rapidement si l'on veut éviter que l'iris ne vienne tomber sous le couteau et ne soit excisé; le lavage de la chambre postérieure et de l'espace pupillaire est beaucoup plus difficile.

Les synéchies postérieures, le prolapsus secondaire et l'incarcération de l'iris sont des accidents plus fréquents.

L'auteur formule ainsi les indications de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte :

1° Fluidité de l'humeur vitrée ou rupture de la zonula causant la non-présentation du cristallin et le prolapsus du corps vitré;

2° Longueur insuffisante de l'incision cornéenne avec prolapsus de l'iris ;

3° Lésion de l'iris pendant l'opération;

4° Rigidité du sphincter irien.

5° Prolapsus irréductible de l'iris après l'opération.

Sur 100 opérations l'auteur compte 86 guérisons normales, mais parfois lentes; dans 10 cas, iritis plastique; dans 3 cas, rétraction de l'iris; deux fois exulcération de la cornée; une kératite; trois fois infiltration de la plaie nécessitant l'emploi du galvano-cautère; quatre fois choroïdite ou irido-choroïdite.

Durée de la cure variant de 11 jours à 47 jours. L. GALLIARD.

Du traitement de la capsule avant et après l'opération de la cataracte, par KNAPP (*Congrès int. de Berlin* (*sect. ophtalmologique*), *Semaine médicale*, 10 *août* 1890).

Le gros inconvénient de la discision de la capsule avec le kystitome ordinaire, c'est de laisser dans le champ pupillaire des tractus, des ourlets cicatriciels, provenant des bords de la plaie cristalloïdienne : ces tractus gênent l'acuité visuelle, et de plus ils sont funestes pour la capsulotomie secondaire par les adhérences qu'ils ont contractées avec l'iris. Pour éviter ces inconvénients, il est préférable d'inciser la capsule loin du champ pupillaire, au moyen d'un petit couteau, en forme de serpette droite, qui est passé sous le bord supérieur de l'iris. Le noyau sort aussi facilement, et l'on a ainsi dans le champ de la pupille une cristalloïde saine, nullement déformée par les cicatrices : la discision secondaire sera nécessaire, mais elle sera beaucoup plus facile.

La statistique des opérés Knapp donne des acuités visuelles bien supérieures depuis l'emploi de ce procédé. — Dufour répond que les malades ne se résoudront pas facilement à la nécessité de deux opérations. — Gayet pense que, dans cette question des cataractes secondaires, il y a encore une inconnue, c'est la nutrition de l'œil et sa façon de réagir après l'opération. Alors même qu'on a enlevé le cristallin dans la capsule, on a souvent des dépôts pupillaires. F. DE LAPERSONNE.

Weitere Untersuchungen über angeborene Missbildungen des Auges (Nouvelles recherches sur les malformations congénitales de l'œil), par HESS (*Arch. f. Ophthalm.*, *t. XXXVI*).

Hess eut l'occasion d'étudier au microscope quatre yeux atteints d'une malformation particulière (3 yeux de lapins et un œil d'une malade âgée de 40 ans). Il s'agit d'ectasies de la sclérotique dans la région du pôle postérieur de l'œil. Dans le premier cas cette ectasie était petite et bien arrêtée, dans le deuxième elle était plus grande et avait la forme d'une ampoule, mais qui n'avait qu'une petite communication avec l'intérieur du globe; dans le troisième, l'ectasie, plus petite que dans le deuxième, avait une vaste

communication avec l'intérieur de l'œil ; dans le quatrième cas, l'ectasie occupait toute la moitié postérieure du globe. Dans la région de l'ectasie, il y avait toujours un colobome de la choroïde avec ses signes caractéristiques. Dans deux des quatre cas, le corps vitré faisait tout à fait défaut, dans les deux autres il était plus ou moins incomplet ; dans le quatrième, il présentait lui aussi un colobome typique. Dans tous les cas, le colobome de la choroïde était traversé d'une corde de tissu connectif et qui était en connexion avec celle de la sclérotique.

Outre ces ectasies, les quatre yeux accusaient les caractères d'yeux microphtalmiques. L'auteur croit aussi qu'il s'agit dans ces quatre nouveaux cas d'une fermeture incomplète de la fente inférieure du bourgeon oculaire secondaire causée par l'arrêt de transformation du tissu embryonnaire issu du mésoderme, en tissu du corps vitré. Il n'y avait pas trace d'inflammation dans ces quatre cas. ROHMER.

Ueber pseudo-tuberculöse Entzündung der Conjonctiva und Iris durch Raupenhaare (Inflammation pseudo-tuberculeuse de la conjonctive et de l'iris, produite par des poils de chenille), par WAGENMANN (*Arch. f. Ophthalm. t. XXXVI*).

Dans le cas de Wagenmann, qui ressemble complètement à ceux de Pagenstecher et de Weiss, il s'agit d'un garçon âgé de 9 ans de la clientèle du docteur Leber. Il lui était tombé dans l'œil droit des poils de chenille. Il se forma deux ou trois petites proéminences dans la conjonctive, au bord médian de la cornée et une iritis avec une petite proéminence à la partie inférieure. Leber excisa la tuméfaction de la conjonctive, et l'examina au microscope. Il y constata, dans un tissu conjonctif épaissi, un petit nœud bien limité de 1 à 5 millimètres de diamètre qui avait l'aspect d'un tubercule ; seulement il y avait quelques différences. Il était vascularisé, l'infiltration lymphoïde faisait presque complètement défaut dans son entourage ; les noyaux des cellules géantes n'étaient pas marginaux ; il n'y avait pas de bacilles de la tuberculose. Au milieu dudit nœud, l'auteur trouva des poils de chenille rompus, qui avaient été fort probablement poussés sous la conjonctive par le frottement des paupières. Les cas de Pagenstecher et de Weiss démontrent qu'ils peuvent même passer dans l'œil à travers la coque intacte. L'auteur croit que la proéminence de l'iris devait aussi son origine à une telle invasion ; mais l'iris guérit sans iridectomie, au contraire des cas des deux autres auteurs. Wagenmann ajoute que les épidémies d'ophtalmie externe peuvent être occasionnées par des chenilles, ce qui fut constaté, par exemple, dans un cas observé tout récemment à la clinique de Leber. ROHMER.

I. — Eine Cysticercum operation, par A. VOSSIUS (*Berl. klin. Woch.*, 6 *janvier* 1890).

II. — Zur pathologischen Anatomie des intra-ocularen Cysticerkus, par DOLINA (*Thèse d'Iéna*, 1889).

I. — Vossius publie l'observation d'une fille de dix-huit ans, qui avait vécu chez une parente atteinte de ténia. Troubles occulaires, accompagnés de maux de tête, de vomissements. Vision graduellement abolie du côté gauche. On aperçoit une vésicule de cysticerque au milieu du corps vitré. Ablation, après chloroformisation ; incision à travers la conjonctive bulbaire à un demi-centimètre au-dessous du bord inférieur de la cornée. Ponction avec le couteau lancéolaire. Extraction de la vésicule. Lavages au sublimé. Suture scléroticale. Guérison parfaite, sauf un peu de rétrécissement du champ visuel.

II. — Dolina a fait un examen minutieux de treize yeux atteints de cysticerque. Dans tous, il a trouvé les signes d'une irido-choroïdite plastique ou purulente et une dégénération intense de la rétine. Le cysticerque se trouvait enkysté dans un tissu de granulations et dans un tissu conjonctif. Parfois le tissu de granulation contenait de nombreuses cellules géantes typiques ; c'est sans doute ainsi que doit s'interpréter le cas de Th. von Schrœder (*Arch. f. Ophthalmologie* XXXV), qui a cru voir, chez un phtisique, un cysticerque résorbé partiellement, au sein d'un tubercule, bien qu'il n'ait pas trouvé de bacilles dans le tissu de granulations. BERGER.

Zur Propfung von Haut auf Schleimhaut (Transplantation de peau sur une muqueuse), par FRANKE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1890).

Une jeune fille de 11 ans se plaignait de l'irritation permanente de son œil droit. On trouve la muqueuse de la paupière supérieure couverte de cicatrices à la suite d'une conjonctivite granuleuse. Il y avait en outre une forme particulière de trichiasis; tandis que les cils des deux tiers internes de la paupière supérieure avaient conservé leur direction normale, les cils du tiers externe sortaient au contraire le long de l'arête interne du bord palpébral et étaient en outre recourbés en dedans contre la cornée. Franke se décida à enlever un lambeau quadrangulaire comprenant l'arête palpébrale, les cils, le tarse et la muqueuse. Vingt-quatre heures après il transplanta sur cette partie dénudée un lambeau de la peau du bras (15 millim. sur 7-8) enlevé au rasoir et contenant seulement les couches superficielles du derme avec le réseau de Malpighi et les pointes des papilles. Le lambeau fut simplement appliqué sans suture, la paupière ectropionnée soigneusement retournée, et l'œil maintenu fermé par un pansement iodoformé.

Ce procédé, beaucoup plus simple que la transplantation de la muqueuse, lui a donné un excellent résultat. Il faut seulement transporter les lambeaux directement du rasoir sur la plaie sans les tremper d'abord, comme le fait Everbusch, dans une solution de sel de cuisine. Une solution stérilisée physiologique de sel de cuisine peut, au contraire, baigner la plaie et produire ainsi l'asepsie. Si l'hémorragie est considérable, il est bon de ne faire la transplantation que le lendemain, comme dans le cas décrit ci-dessus. Le procédé de transplantation de Thiersch est, dans des cas pareils, préférable à celui de Reverdin; celui d'Everbusch qui prend la couche épidermique, le réseau de Malpighi et les papilles, est encore un progrès, car ces lambeaux ont une grande tendance à adhérer aux tissus sous-jacents et rendent ainsi souvent les sutures inutiles. D'après ce que nous venons de dire du cas de Franke, il s'agit de remplacer la muqueuse par un lambeau cutané et non pas, comme l'indique le titre, de transplanter la peau sur la muqueuse. ROHMER.

REVUE GÉNÉRALE

LE CHIMISME STOMACAL A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

Par Paul TISSIER.

Recherches sur le chimisme stomacal a l'état normal et a l'ftat pathologique, **par G. Hayem et J. Winter** (*Bulletin médical*, *n°* 95, 1889, *et n°s* 8 *et* 54, 1890). — De la médication antidyspeptique, **par G. Hayem** (*Cours de thérapeutique*, 1890) (Inédit). — Du chimisme stomacal considéré comme élément de diagnostic et comme source d'indications thérapeutiques, **par G. Hayem** (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 18 *juillet* 1890). — Du chimisme stomacal (Digestion normale. Dyspepsie), **par G. Hayem et J. Winter** (in-8°, *Paris*, 1891).

I

L'étude des troubles de la digestion, en raison de son importance capitale, a provoqué des travaux sans nombre. Mais ce n'est que dans ces dernières années, qu'abandonnant les données, trop souvent contingentes, fournies par l'analyse des symptômes subjectifs, on s'est adressé aux caractères objectifs des lésions, pour apporter un peu de lumière dans ce chapitre si vaste et si obscur de la dyspepsie des anciens auteurs.

A côté des troubles nervo-moteurs, étudiés par M. le professeur Bouchard, les altérations de la fonction sécrétoire de la muqueuse stomacale, jusque-là supposées, mais non définies scientifiquement, ont suscité, depuis quelques temps, un nombre considérable de recherches. Celles-ci ont été analysées dans la « Revue » au fur et à mesure de leur apparition. Nous n'y reviendrons donc pas, sinon pour montrer que reposant, en général, sur des bases mal établies, elles ne présentent pas tout l'intérêt qu'on leur avait tout d'abord reconnu.

M. le professeur Hayem s'est proposé de reprendre la question, en se plaçant sur un terrain solide. Grâce à l'emploi d'un procédé chimiquement inattaquable, dû à M. Winter, son préparateur, il est arrivé, d'ores et déjà, à des résultats d'une importance telle, au double point de vue physiologique et pathologique, qu'il n'est pas sans intérêt de les grouper ici dans une revue d'ensemble.

II

Et, tout d'abord, nous devons insister sur la *technique* de ce nouveau mode d'investigation, qui constitue, en définitive, un procédé de diagnostic, appliqué à l'étude des altérations de la fonction de l'estomac, au même titre que la percussion et l'auscultation, par exemple, pour les affections thoraciques. Il n'est pas de découvertes sérieuses sans une bonne méthode. Nous ne saurions en donner de preuve plus frappante que les maigres résultats auxquels sont arrivés jusqu'ici les auteurs les plus consciencieux, qui se sont occupés de l'analyse du suc gastrique.

Le suc stomacal est un liquide fort complexe; aussi, est-il nécessaire, pour s'orienter dans son étude, de choisir un point de repère, c'est-à-dire un des éléments, parmi les agents principaux, qui prennent part au travail chimique de la digestion, pour apprécier la nature de ce travail. MM. Hayem et Winter ont choisi le *chlore*.

Dès 1826, les recherches de Prout ont établi que la sécrétion gastrique est une sécrétion chlorée et depuis lors, de nombreux auteurs (Bidder et Schmidt, Rabuteau, Ch. Richet, etc.) ont vérifié cette donnée, par diverses méthodes. — Il est évident d'autre part, qu'une étude complète du travail chimique de l'estomac et de ses variations, exige que l'on tienne aussi compte des autres facteurs qui y interviennent. Mais alors on se heurte à des difficultés inhérentes à l'état encore fort rudimentaire de nos connaissances sur ces divers points. Il y a là un champ d'études, presque complètement inexploré, qui appelle de nouvelles recherches. M. le professeur Hayem se propose d'y entrer, et s'il est permis d'augurer des résultats d'aujourd'hui ceux de demain, nous pouvons entrevoir le jour où nous connaîtrons enfin d'une manière précise et définitive le processus chimique de la digestion.

Nous verrons plus loin que l'étude de la sécrétion gastrique, au point de vue du chlore, nous renseigne d'une façon précise sur le travail chimique de la digestion, dont ce corps donne la mesure, ainsi que le montrent ses variations régulières et constantes, chez les sujets les plus différents, placés dans les mêmes conditions d'alimentation. En dehors de ces considérations, qui légitiment son choix parmi les divers agents de la digestion stomacale, ajoutons qu'il est actuellement le seul que nous puissions doser exactement.

La méthode d'appréciation de la sécrétion chlorée de l'estomac, pour répondre aux exigences de la chimie physiologique, doit nous renseigner: 1° sur le chlore total contenu dans un volume déterminé de liquide; 2° sur l'état de combinaison de ce chlore; or celui-ci peut exister à l'état d'acide chlorhydrique libre, d'acide chlorhydrique en combinaison organique, de chlorures fixes.

III

Pour obtenir ces données, on prend trois capsules a), b), c); dans chacune, on met cinq centimètres cubes de liquide stomacal filtré (retiré par la sonde, dans des conditions que nous spécifierons plus loin). Le liquide placé dans la capsule a) servira à doser le chlore total; celui de la capsule b) servira à évaluer l'acide chlorhydrique libre; celui de la capsule c) les chlorures fixes. Avec ces trois chiffres, il sera facile, en retranchant du chiffre du chlore total, ceux du chlore à l'état d'HCl libre et des chlorures fixes, d'obtenir le chlore en combinaison organique.

Entrons maintenant dans le détail de l'opération du dosage.

On verse dans la capsule a) un excès de carbonate de soude pur, et on porte à l'étuve à 100° ou au bain-marie. Après dessiccation, on porte progressivement et avec précaution au rouge sombre naissant, en évitant les projections et en ne dépassant pas cette température. Pour hâter l'action de la chaleur, on agite fréquemment avec une baguette de verre. On cesse de chauffer, dès que la masse ne présentant plus de points en ignition, devient pâteuse, par un commencement de fusion du carbonate de soude.

L'opération ne doit durer que quelques minutes et la calcination être juste suffisante pour donner une solution incolore. Après refroidissement, on ajoute de l'eau distillée et un léger excès d'acide nitrique pur, destiné à favoriser la pénétration et la dislocation du résidu charbonneux; on fait bouillir, pour chasser l'excès d'acide carbonique; on ramène alors la solution à la neutralité, ou même à une très légère alcalinité, par addition de carbonate de chaux ou de carbonate de soude purs. En se servant de carbonate de soude, on est averti que cette dernière limite est atteinte par une abondante précipitation à chaud, de sels calcaires entraînant tout le charbon.

Après filtration sur papier Berzelius et lavage du résidu à l'eau bouillante, on réunit les liqueurs et on dose le chlore à l'aide de la solution déci-normale de nitrate d'argent en présence du chromate neutre de potasse.

L'addition finale de carbonate de soude, en très léger excès, exalte, sans la gêner, la sensibilité de la réaction indicatrice. Cette méthode au chromate d'argent est d'une sensibilité extrême et donne des résultats absolument constants avec un même liquide.

La capsule b) est soumise à une évaporation prolongée à 100° (Il est préférable de ne pas dépasser cette température pour avoir des résultats absolument constants.) Au bout d'une heure, tout liquide ayant disparu, on verse dans la capsule un excès de carbonate de soude, on évapore à nouveau et on achève comme tout à l'heure.

On a ainsi un chiffre qui représente le chlore total, moins le chlore chassé par l'évaporation prolongée à 100°, c'est-à-dire l'HCl libre. La différence des chiffres fournis par les capsules a) et b), a—b donne donc l'HCl libre.

La capsule c), portée en même temps que les deux autres à l'étuve à 100° ou au bain-marie, une fois desséchée, on la calcine avec ménagement, sans aucune addition. En écrasant le charbon, on hâte l'opération, qui pour être suffisante, n'exige que fort peu de temps. Ici surtout, il faut éviter toute surélévation de température. On se servira d'une capsule assez profonde, dont le fond seul est léché par la flamme du bec et dont la partie supérieure est garantie par une toile métallique. On s'arrête dès que le charbon est bien sec et friable. Après refroidissement, on achève comme ci-dessus.

Le nombre trouvé représente le chlore des chlorures fixes. Pour avoir le chlore combiné aux matières organiques et à l'ammoniaque perdu pendant la calcination très ménagée du résidu, il suffit de retrancher c de b.

Cette méthode donne des résultats d'une constance remarquable, ainsi que l'a montré le dosage répété de mêmes liquides. Aucune portion de chlore ne lui échappe, les chlorures fixes pouvant être portés à la température du rouge blanc sans se volatiliser.

Il importe aussi, pour que l'analyse soit complète, de doser 1° l'*acidité totale*. Pour cette opération, MM. Hayem et Winter se servent d'une solution d'hydrate de soude comme liqueur acidimétrique et de la phtaléine du phénol en solution alcoolique, comme indicateur; 2° les peptones, etc.

Le principe de la méthode consiste : 1° dans la notion de la grande volatilité de l'acide chlorhydrique libre, déjà utilisée par Prout; les auteurs se sont assurés, en effet, que l'HCl libre s'échappe aisément à une température inférieure à 100°, pourvu qu'on ait soin de pousser l'évaporation jusqu'à siccité et 2°, dans cette donnée, fournie par l'étude de l'action de l'HCl en excès sur l'albumine, que les matières albuminoïdes et peptoniques fixent facilement de l'HCl, qui ne se dégage que par la destruction ignée de la matière organique, c'est-à-dire au-dessus de 110°. Nous ne saurions insister ici sur ces faits pour lesquels nous renvoyons aux publications déjà citées.

Ainsi donc, le procédé nouveau permet le dosage exact du chlore *sous toutes ses formes*; il est, par suite, infiniment plus précis que les autres procédés antérieurement proposés, qui, ne visent que l'acide chlorydrique libre, donnée insuffisante, et, en second lieu, reposent, pour la plupart, sur ce principe établi par Bidder et Schmidt, mais nullement constant, surtout dans les conditions pathologiques, que l'acidité est essentiellement due à l'acide chlorhydrique libre.

Faisons remarquer que le dosage du chlore à l'état de combinaisons organiques, sur l'importance duquel nous avons à revenir, avait été jusqu'ici totalement négligé. C'est là un des côtés les plus originaux des travaux de MM. Hayem et Winter.

IV

Etude de la digestion normale. — En expérimentant sur le chien, avec de l'eau distillée, MM. Hayem et Winter ont établi ce fait capital que la sécrétion gastrique est une sécrétion chlorée, l'accroissement du chlore portant non seulement sur le chlore total, mais aussi sur le chlore fixe. L'acide chlorydrique libre n'apparaît dans ces conditions que d'une manière tout à fait inconstante, ce qui montre déjà l'insuffisance d'une méthode analytique portant uniquement sur ce corps.

Arrivons à ce qui se passe chez l'homme, dans les conditions du repas d'épreuve que nous indiquerons dans un instant.

Le *maximum du travail chimique a lieu au bout d'une heure.*

Le chlore total, T, le chlore combiné aux substances organiques, C, l'acidité totale A, s'élèvent rapidement et d'une façon presque parallèle.

L'acide chlorhydrique libre, H, s'élève fort peu. Au bout d'une heure l'accroissement est au maximum; le chlore total, le chlore combiné, l'acidité totale et l'HCl libre diminuent ensuite, et dans les conditions de l'expérience (repas d'Ewald), reviennent au point de départ au bout d'une heure environ.

La marche des chlorures fixes F est absolument inverse.

Il en résulte que l'*acidité totale est toujours très supérieure à l'acide chlorhydrique libre; de là, l'erreur des auteurs qui ont rapporté l'acidité totale* à *l'HCl libre.* En second lieu, l'acidité totale représente, pendant tout le cours de la digestion, à peu près exactement la somme H+C (HCl libre + HCl en combinaison organique). C'est que la plus grande partie de l'acidité totale revient à l'acide chlorhydrique combiné aux matières albuminoïdes en solution, ainsi que cela a été prouvé d'ailleurs directement par MM. Hayem et Winter. Ajoutons qu'il faut aussi tenir compte de l'acidité due aux acides organiques et de celle des phosphates acides. L'acidité due aux phosphates est d'ailleurs négligeable.

La démonstration de l'existence de combinaisons organiques de 'HCl est de première importance. Elle avait déjà été formulée par M. Ch. Richet et « timidement » invoquée par Ewald. C'est là une notion capitale dans l'histoire de la digestion stomacale. Pour MM. Hayem et Winter, l'albumine dissoute dans le suc gastrique s'y trouve à l'état de chlorhydrate d'acides amidés de la formule $R<^{AzH^2HCl}_{COOH}$, ces acides amidés résultant d'une suite de dédoublements de même ordre de la molécule albuminoïde primitive.

Lorsqu'il n'existe pas dans le suc gastrique d'autres acides que l'HCl, l'acidité totale A, diminuée de l'HCl libre H, doit être égale à l'acide chlorhydrique combiné C, c'est-à-dire A—H=C, ce qu'on peut encore exprimer $\frac{A-H}{C}=1=\alpha$. Ce rapport α est très important au point de vue pathologique. Il sera plus grand que 1 toutes les fois qu'il existera des acides différents (acides organiques), élevant la valeur de A, à côté de l'acide chlorhydrique libre et combiné; il sera plus petit, quand l'HCl combiné ne le sera pas exclusivement sous la forme d'acides amidés, d'où abaissement de la valeur de A. C'est ce qui se passe déjà à l'état normal; α est plus petit que 1 et égal à 0,86, preuve que les combinaisons chloro-organiques C sont un mélange de produits divers, les uns à fonction acide, les autres neutres.

Nous avons vu que la sécrétion gastrique est une sécrétion chlorurée (expérience sur le chien avec de l'eau distillée), que les chlorures fixes F sont un élément de sécrétion ou au moins le produit d'éléments sécrétés. Et cependant, dans l'étude de la digestion chez l'homme, les chlorures fixes ne tendent pas à s'élever au-dessus d'une certaine limite peu variable même, il s'en suit qu'ils sont utilisés sous une forme ou sous une autre dans le processus chimique de la digestion. Cette utilisation se traduit par une augmentation de l'HCl combiné et libre. H+C, c'est-à-dire la somme de l'HCl libre et combiné, représente ainsi le pouvoir de réaction chimique de l'estomac, la *chlorhydrie*, la mesure des agents ou des forces chimiques, que, pour une excitation donnée, l'organisme peut mettre en jeu pour la production d'acide chlorhydrique utile. Dans les conditions normales l'acide chlorhydrique combiné est toujours plus abondant que l'HCl libre. Ce dernier ne paraît pas absolument indispensable à la digestion (il est possible que sa présence soit utile comme antifermentescible), l'HCl pouvant être produit au fur et à mesure des besoins et se combiner immédiatement avec les matières albuminoïdes et peptoniques. D'ailleurs, certains faits poussent MM. Hayem et Winter à penser que le chlorure de sodium intervient

directement dans l'acte primitif de la peptonisation. L'acide chlorhydrique libre deviendrait alors une production secondaire consécutive à la peptonisation totale.

En tout cas, à l'état normal, il y a peu d'HCl libre, et cette quantité ne varie guère. Le rapport d'H à C présente au contraire d'assez grandes variations à l'état pathologique.

Alors que l'ingestion d'eau fait monter les chlorures fixes F au détriment du chlore combiné C, l'ingestion des aliments solides produit des phénomènes inverses. Ce fait démontre bien l'importance du chlore combiné dans l'appréciation du travail utile pendant la digestion d'un repas mixte.

MM. Hayem et Winter comparent les phénomènes de peptonisation, en présence de l'HCl, à ceux de l'éthérification de l'alcool en présence de l'acide sulfurique. De même que l'alcool passe d'abord à l'état d'acide sulfovinique, les matières albuminoïdes passent d'abord à l'état de combinaisons chlorhydriques, avant d'arriver à l'état de peptones.

Pour apprécier à un moment donné l'intensité des phénomènes digestifs, il faut donc doser C, c'est-à-dire l'HCl employé en travail utile, et H, c'est-à-dire l'HCl libre en excès et momentanément inutile.

L'acide chlorhydrique *combiné* mesure ainsi le *travail de peptonisation.* L'acide chlorhydrique combiné et l'acide chlorhydrique libre $C+H$ représentent la valeur *quantitative* du travail général de la digestion; $\frac{A-C}{H}=\alpha$ permet d'apprécier la valeur *qualitative* des produits élaborés.

V

La recherche des qualités du suc gastrique au moment de la digestion, entreprise avec des procédés insuffisants, n'a, en général, fourni que peu de résultats utiles. La méthode nouvelle, qui permet d'apprécier l'*intensité* et la *qualité* du travail stomacal, a permis à MM. Hayem et Winter d'arriver à des conclusions précises sur un des caractères les moins trompeurs des dyspepsies, et, par suite, sur leur traitement.

Aussi, l'examen du suc gastrique s'impose-t-il non seulement chez les dyspeptiques proprement dits, mais dans nombre de cas où les fonctions stomacales semblent normales, où leurs troubles sont en quelque sorte latents.

Nous avons reporté jusqu'ici l'indication du procédé employé par MM. Hayem et Winter pour se procurer du suc stomacal.

Il consiste à administrer un repas d'épreuve, celui d'Ewald, composé d'un quart de litre de thé noir léger, sans crème, et de 60 grammes de pain rassis. On l'extrait à l'aide du tube Faucher n°1, ou d'une sonde un peu plus rigide, sans addition de liquide, par expression, au bout d'une heure.

Dans les conditions les plus ordinaires, l'estomac est vide à jeun ; néanmoins, dans certains cas rares, il contient des matières muqueuses et aqueuses et quelques parcelles alimentaires. Il pourra alors être intéressant d'analyser ce liquide; mais ce qui importe surtout, c'est le liquide extrait au bout d'une heure.

On notera sa quantité (on a soin de retirer tout le liquide contenu dans

l'estomac) et son odeur; après l'avoir laissé au repos, on le filtrera et on soumettra la partie filtrée au dosage, suivant la méthode indiquée plus haut.

Les chiffres obtenus (rapportés à 100 cc. et exprimés en HCl), qui doivent servir de types de comparaison, sont peu variables. Nous devons les indiquer ici, avec leurs limites d'oscillations normales :

T	0,300 — 0,340	(0,321)
H	0,025 — 0,050	(0,044)
C	0,155 — 0,180	(0,168)
(H + C)	0,180 — 0,220	(0,212)
A	0,180 — 0,200	(0,189)
a	0,80 — 0,92	(0,86)

VI

CLASSEMENT DES ÉTATS GASTRIQUES CONSIDÉRÉS AU POINT DE VUE CHIMIQUE

Dans presque toutes les dyspepsies, on trouve des troubles chimiques du suc stomacal; la dyspepsie constituée uniquement par des troubles nerveux ou moteurs est donc exceptionnelle.

Renonçant aux classifications insuffisantes des auteurs, fondées sur le degré d'acidité du suc stomacal (dyspepsie avec hyperacidité et dyspepsie avec hypoacidité), l'acidité totale dépendant d'éléments multiples; repoussant, pour des raisons analogues, la division des dyspepsies en hyperchlorhydrie et anachlorhydrie, MM. Hayem et Winter proposent de grouper les faits en tenant compte à la fois des déviations qualitatives et quantitatives du processus fermentatif de la digestion stomacale.

On peut imaginer ainsi une grande variété de types qui se retrouvent dans la pratique; mais pour ne pas les multiplier outre mesure, MM. Hayem et Winter subordonnent les déviations qualitatives aux modifications quantitatives.

Ils reconnaissent ainsi trois groupes correspondant : à une exagération du travail stomacal, considéré indépendamment de sa qualité : *hyperpepsie;* à une diminution, *hypopepsie*, pouvant aller jusqu'à l'*apepsie;* à un état intermédiaire, dans lequel il n'y a ni excitation fonctionnelle ni affaiblissement apparent du travail stomacal, mais où il y a déviation qualitative, plus ou moins accusée, du processus fermentatif ou développement de fermentations anormales : *dyspepsie simple.*

Hyperpepsie. Soit T le chlore total, donnant l'importance de la sécrétion chlorée ou *chlorurie,* H + C l'acide chlorhydrique libre et combiné, mesurant la *chlorhydrie,* A l'acidité totale, α le coefficient $\frac{A - H}{C}$, ces deux dernières valeurs se rapportant à l'acidité.

On néglige F, les chlorures fixes, qu'on peut retrouver facilement, puisque $F = T - (H + C)$.

Lorsque les chiffres trouvés, dans un cas donné, sont dans les limites des oscillations normales, on fait suivre les notations adoptées du signe =; lorsqu'ils dépassent ou sont inférieurs, on les fait suivre des signes + ou — .

La formule générale de l'hyperpepsie sera donc T +, (H + C) +, A +.

Mais, tantôt le processus fermentatif normal est simplement exagéré, c'est l'hyperpepsie purement *quantitative* qui peut aussi se présenter sous un type *atténué*; tantôt il est en même temps dévié, c'est l'hyperpepsie *qualitative*. Cette dernière peut résulter, soit de l'exagération de la production d'HCl libre, H, avec diminution des combinaisons chloro-organiques C, alors tout en ayant (H + C) + on a C — et α —. Si, malgré la diminution de C, la somme H + C est supérieure à la normale, l'acidité totale est aussi augmentée et on a l'*hyperpepsie qualitative type avec hyperacidité*. Si la somme H + C se trouve inférieure à la normale, l'hyperacidité générale fait défaut et on a l'*hyperpepsie qualitative sans hyperacidité*. Enfin, il peut s'ajouter à ces altérations un *processus fermentatif anormal*, d'où la subdivision des divers types admis.

Hypopepsie. Sa formule générale est T variable, le plus souvent —, H — ou nul, égal à 0, et C variable, le plus souvent —.

Ici, les altérations quantitatives et qualitatives se combinent trop intimement pour qu'on puisse suivre le même plan que pour l'hyperpepsie. Aussi, tiendra-t-on compte du résultat général de ces diverses modifications en se basant sur l'abaissement plus ou moins prononcé de l'acidité totale, et on peut reconnaître ainsi trois degrés d'hypopepsie, suivant que l'acidité totale affaiblie est encore *au-dessus* de 0,100, premier degré; *inférieure* à 0,100, second degré; *nulle*, troisième degré.

Les fermentations anormales sont plus fréquentes que dans l'hyperpepsie; elles peuvent amener une élévation de l'acidité totale, qu'il y a lieu de distinguer de l'hyperacidité vraie, c'est la *pseudo-hyperacidité*. On les différenciera en calculant A dans le rapport $\frac{A - H}{C} = \alpha$, en donnant à α sa valeur normale 0,86; on obtiendra ainsi une valeur atténuée d'A, A' qu'on comparera au chiffre donné pour A par le procédé habituel.

Avant de passer à l'étude des types cliniques se rattachant aux types chimiques établis, il n'est pas sans intérêt de revenir sur quelques-unes des données qui ont servi de base pour établir ces types chimiques.

La chlorurie (C) et la chlorhydrie (H + C) augmentées dans presque toute la série des types hyperpeptiques peuvent l'être encore dans l'hypopepsie, surtout la chlorurie, qui ne devient constamment inférieure que dans l'apepsie.

Les variations de l'HCl libre, H, ont servi de base à de nombreux pathologistes; or, nous avons vu que ce qui importe surtout, ce sont les variations de C, du chlore combiné, qui mesurent en quelque sorte l'intensité de la peptonisation.

Sans nous attarder dans les détails, disons que H peut être normal ou diminué avec de l'hyperchlorhydrie (H + C) +, et qu'il peut, par contre, être exagéré alors que la chlorydrie (H + C) est faible. Enfin H devient faible ou nul dans nombre de cas d'hypopepsie du premier degré, de sorte qu'en se basant uniquement sur l'absence d'HCl libre, on réunit des faits très dissemblables, allant de l'hypopepsie du premier degré à l'apepsie.

VII

HYPERPEPSIE

A. *Hyperpepsie qualitative* { Avec hyperacidité { Sans fermentation acide. / Avec fermentation acide. } / Sans hyperacidité }

1° *a*) *Hyperpepsie qualitative simple, avec hyperacidité sans fermentation acide.* $T + . \left.\begin{matrix} H + \\ C + \end{matrix}\right\} + . \begin{matrix} A + . \\ \alpha - . \end{matrix}$

Ce type, dans les cas de gastropathie protopathique (8 sur 10) est plus fréquent chez l'homme (7 sur 1). Il s'observe surtout chez les sujets faisant abus d'aliments solides et les surmenés cérébraux. Les phénomènes symptomatiques principaux sont : lenteur de digestion, pesanteur au creux épigastrique, éructations, sensation de brûlure, malaise général, et d'une façon irrégulière des sortes de crampes, des nausées et des vomissements, soulageant presque toujours immédiatement. L'estomac est dilaté, la soif fréquente. Les malades se plaignent et maigrissent, quoique mangeant avec appétit. A signaler aussi l'existence de troubles nerveux d'origine dyspeptique ou névropathique. Ce sont les cas correspondant le mieux à l'hyperchlorhydrie des auteurs français.

Le suc stomacal retiré par la sonde est abondant, il filtre facilement, il est doué d'un pouvoir digestif remarquable. Quelquefois même la sécrétion stomacale continue à jeun.

Les deux cas de ce type se rattachant à une gastropathie symptomatique, furent observés chez deux chlorotiques.

b) *Hyperpepsie qualitative avec fermentation acide* (*caractérisée par l'élévation de* α +).

Dans un cas, la gastropathie était secondaire au diabète; dans 4 cas, elle était protopathique.

Il s'agissait d'hommes, dans ces 4 cas, jeunes ou dyspeptiques depuis l'adolescence, appartenant à des familles de névropathes ou de diathésiques et ayant fait des excès de divers genres. Ce sont en somme à peu près les mêmes conditions que tout à l'heure. Les phénomènes symptomatiques sont aussi fort analogues; d'ailleurs, si, à l'aide de lavages appropriés, on fait disparaître les fermentations anormales, on revient vite au type précédent.

2° *Hyperpepsie qualitative sans hyperacidité.*

$$T - ; = ; + . \left.\begin{matrix} H + \\ C - \end{matrix}\right\} - ; = ; + . \ \alpha - ; = .$$

C'est la seule variété de l'hyperpepsie où l'acidité totale ne soit pas exagérée; elle se range ici parce qu'elle consiste dans l'exagération de la mise en liberté de l'HCl (H +) et l'insuffisance de la production des combinaisons chloro-organiques C —. La déviation du processus est

celle qui caractérise l'hyperpepsie qualitative, mais il y a moins d'irritation stomacale que dans l'hyperpepsie type.

Sur 14 cas appartenant à des gastropathies protopathiques, 10 fois il s'agissait d'hommes. En général, il n'existe pas de symptomes douloureux (1 seul cas); dans nombre de cas, il survient, sous l'influence de fatigues ou d'écarts de régime, des sortes de crises d'une durée variable. En dehors de ces crises, l'estomac étant moins excité, on se trouve en présence de formes atténuées.

B. *Hyperpepsie quantitative* { Sans fermentation acide. / Avec fermentation acide.

1° *Hyperpepsie quantitative sans fermentation acide.*

$$T + . \left.\begin{matrix} H + \\ C + ; = \end{matrix}\right\} + . \begin{matrix} A + . \\ \alpha = ; - . \end{matrix}$$

Le processus stomacal semble seulement exagéré, les malades digèrent en quelque sorte trop bien; aussi leur état est-il parfois latent. En général, cette forme d'hyperpepsie n'est pas douloureuse lorsque la quantité d'HCl libre n'est pas trop considérable. Sur 13 cas, quatre fois il s'agissait de gastropathie secondaire à la chlorose, huit fois de gastropathie protopathique. — Le type semble encore plus fréquent chez l'homme (7 sur 1).

Il se développe souvent au moment de l'adolescence sur un terrain névropathique ou chez des sujets issus de familles où les maladies de la nutrition sont fréquentes. — Les excès alimentaires, le surmenage cérébral, l'excès de coït semblent avoir ici une influence déterminante.

2° *Hyperpepsie quantitative avec fermentation acide.*

La même annotation que le premier type, sauf l'élévation de α +.

Il s'agit d'une variété du type précédent; dans 1 cas, le malade était atteint de gastrorrhée; dans 3 cas, la gastropathie était secondaire à la chlorose dans l'un, au diabète dans l'autre, à un empoisonnement par l'acide oxalique dans le troisième.

C. *Hyperpepsie légère ou atténuée* { sans fermentation acide. / avec fermentation acide.

1° *Hyperpepsie atténuée sans fermentation acide.*

$$T + ; = . \left.\begin{matrix} H = ; - \\ C + \end{matrix}\right\} + . \begin{matrix} A + . \\ \alpha = ; - . \end{matrix}$$

C'est encore une affection de l'âge adulte qui débute dans l'adolescence et se rattache aux névropathies et aux maladies de la nutrition. Elle semble plus fréquente chez les femmes (7 sur 11 cas, concernant des gastropathies protopathiques), contrairement à ce que nous avons noté dans les types précédents.

2° *Hyperpepsie atténuée avec fermentation acide.*

Même annotation, sauf l'élévation de α +.

Ici encore, prédominance chez la femme (6 sur 8). Dans tous les cas, il s'agissait de gastropathie idiopathique, Au point de vue clinique, ce qu'il y a de plus intéressant à relever ici, c'est la fréquence et le développement des phénomènes nerveux.

VIII

HYPOPEPSIE

A. *Hypopepsie légère ou moyenne* { sans fermentation acide. / avec fermentation acide.

Premier degré A —, au-dessus de 0,100.

1° *Hypopepsie légère ou moyenne simple.*

Ici les chiffres obtenus sont plus variables que dans l'hyperpepsie; mais le type chimique n'en est pas moins bien caractérisé. Dans le type parfait, la chlorurie, la chlorhydrie, l'acidité sont simultanément abaissés. — Mais on peut trouver dans certains cas de l'hyperchlorurie (indiquant une irritation stomacale) ou une accentuation des déviations qualitatives, mais les caractères essentiels n'en sont pas effacés. — D'ailleurs, remarquons que ce type chimique paraît être l'aboutissant de types divers, ce qui explique les variantes observées. Il semble indépendant du sexe et relève de causes très diverses. — Il est le plus commun et le moins spécial au point de vue étiologique. Aussi n'a-t-il pas de caractère prédominant. Il serait seulement un type passager que peuvent revêtir, à un moment donné, des états morbides plus accusés.

Presque tous les malades présentant ce type étaient névropathes (neurasthénie, bizarreries de caractère, hypochondrie, diminution de la mémoire, inaptitude au travail et même embarras de la parole).

La dilatation stomacale est fréquente et paraît pouvoir ici constituer la première manifestation pathologique.

Parmi les gastropathies symptomatiques produisant ce type, nommons la chlorose en première ligne, puis les cardiopathies, la sclérose rénale, etc.

2° *Hypopepsie du premier degré légère, ou moyenne, avec fermentation acide.*

Il faut distinguer ici deux types suivant qu'il y a ou non hyperacidité totale.

a) Hypopepsie du premier degré avec fermentation et pseudo-hyperacidité.

Les acides normaux et les acides de fermentations vicieuses qui atteignent ici un développement anormal, donnent une acidité totale plus ou moins exagérée. — Il importe beaucoup, cliniquement, de ne pas confondre ces faits avec l'hyperpepsie.

Ce type peut se développer de bonne heure (14 ans dans 1 cas); son pronostic semble un peu moins fâcheux que celui du type suivant.

b) Hypopepsie du premier degré avec fermentation acide et sans hyperacidité.

Malgré la production d'acides anormaux, l'acidité totale est diminuée, ce qui est dû à l'abaissement de la chlorhydrie.

Ce type s'accompagne souvent de symptômes cérébraux assez mar-

qués. — L'estomac peut ne pas être dilaté, bien que les fermentations anormales soient intenses.

Les cas se rapportant à une gastropathie symptomatique comprenaient 1 cas de gastrite alcoolique chez une tuberculeuse, 1 cas de cancer de l'estomac et 1 cas mal déterminé de duodénite.

B. *Hypopepsie intense* { sans fermentation acide. / avec fermentation acide.

Deuxième degré A —, au-dessous de 0,100.

1° *Hypopepsie intense sans fermentation acide.*

La chlorurie ne dépasse plus qu'exceptionnellement la normale ; la chlorhydrie est toujours diminuée et l'HCl libre souvent nul.

Les symptômes sont ordinairement ceux de la dyspepsie atonique, avec état neurasthénique plus ou moins marqué. La dilatation de l'estomac est fréquente.

2° Il n'est encore possible de rien préciser sur l'étiologie ou les symptômes de l'*hypopepsie du deuxième degré avec fermentation acide.* — Elle est assez fréquente.

C. *Apepsie.* — Troisième degré A égal à 0.

La fonction chimique de l'estomac est en apparence supprimée. Quoique les fermentations acides anormales semblent pouvoir se développer ici, MM. Hayem et Winter n'en ont pas observé de cas. La chlorurie est diminuée, l'acidité totale nulle, l'acide chlorhydrique libre nul, par suite le quotient est nul aussi. Le chlore combiné peut être diminué ou augmenté.

La forme protopathique de cette affection est tout spécialement digne de nous arrêter un instant. Elle constitue un type à part, dont la découverte peut être entièrement rapportée à MM. Hayem et Winter. Leurs six observations concernent des femmes, et il y a là certainement plus qu'une coïncidence. Il est cependant fort probable qu'on puisse observer l'apepsie chez l'homme. Les malades avaient dépassé 30 à 35 ans. Comment ont-elles abouti à ce type chimique? Quoiqu'il ait été constaté dès le premier examen, comme il s'agissait de très anciennes dyspeptiques, il n'est pas illogique de penser que l'apepsie était chez elles l'aboutissant d'un état morbide, existant depuis longtemps. Les causes restent obscures. Les symptômes sont variables, mais ce qui frappe c'est qu'ils sont bien moins intenses que dans nombre d'affections gastriques moins graves en apparence. La nutrition générale est peu troublée, les urines peu riches en principes. Il n'y a pas de dépérissement : quatre malades sur six ont même un certain embonpoint. Elles ne sont nullement anémiques.

Y a-t-il relation entre cette apepsie chimique et la phtisie gastrique des Allemands caractérisée par l'atrophie absolue, ou à peu près, des glandes de l'estomac. Dans ces cas, il devait y avoir, en effet, apepsie, mais l'apepsie peut exister sans phtisie gastrique, puisqu'elle peut être améliorée par le traitement. Remarquons, du reste, que la phtisie gastrique s'observerait surtout à un âge avancé et comporterait un pronostic grave.

Les faits d'apepsie s'expliquent sans doute par ce fait que l'estomac,

incapable de digérer les aliments, s'en débarrasse vite et se trouve suppléé par l'intestin, le duodénum en particulier (Expérience de Czerny).

En prenant des aliments de facile digestion, en mangeant peu et en mâchant bien, ces malades arrivent à n'éprouver aucun trouble stomacal.

Notons que le plus souvent (5 fois sur 6) on extrait fort peu de liquide après le repas d'épreuve, l'estomac sécrétant extrêmement peu et les aliments étant évacués d'une façon précoce dans l'intestin. L'examen du contenu stomacal a démontré péremptoirement qu'il ne s'agissait pas d'ailleurs d'une simple insuffisance pylorique.

MM. Hayem et Winter se demandent si dans un certain nombre de cas rares, où ils n'ont pu retirer de liquide par la sonde, ils n'ont pas eu affaire à des apeptiques. Ce fut le cas, en particulier, chez un malade atteint d'anémie pernicieuse progressive, maladie où l'atrophie des glandes gastriques a été plusieurs fois signalée.

Deux cas d'apepsie liés à une gastropathie symptomatique se rapportaient au cancer.

IX

DYSPEPSIE SIMPLE

On doit distinguer ici deux cas suivant que le chimisme stomacal est normal ou légèrement atteint.

1° *Dyspepsie simple sans altération du chimisme stomacal.*

C'est une forme rare, fort intéressante au point de vue de l'histoire du chimisme stomacal, ne semblant d'ailleurs pas avoir de caractéristique bien manifeste. La proportion d'HCl libre est faible.

2° *Dyspepsie simple avec legère altération qualitative du processus chimique.*

Sous ce chef, MM. Hayem et Winter rangent des types frustes, intermédiaires entre ceux précédemment étudiés et l'état normal.

X

La revue que nous venons d'entreprendre des travaux de MM. Hayem et Winter, suffit à en montrer l'importance et permet d'apprécier la portée de la véritable révolution scientifique qu'ils ont réalisée dans l'étude du travail de l'estomac dont ils ont pu donner la *formule chimique exacte.*

En second lieu, ils nous ont appris à reconnaître et à mesurer les fermentations anormales, apportant ainsi des éléments précis dans l'étude des conséquences éloignées des mauvaises digestions, inaugurée par M. le professeur Bouchard.

Les produits albuminoïdes anormaux, mis en lumière par l'étude des déviations qualitatives de la digestion sont peut-être encore plus impor-

tants au point de vue du mode de développement des désordres généraux consécutifs aux troubles de la digestion, et de la genèse, à longue échéance, de certaines maladies viscérales (maladies du foie, des reins, des vaisseaux, etc.) et aussi de diverses maladies de la nutrition (goutte, gravelle, diabète, obésité, rhumatisme chronique).

Ces recherches ne sont donc pas d'ordre purement spéculatif, elles ont aussi pour corollaire, des indications thérapeutiques précieuses. C'est ainsi que, tout en n'abordant encore que d'une manière incidente cette question du traitement, qui ne saurait être que la conclusion finale de leurs recherches, MM. Hayem et Winter font remarquer que l'hyperpepsie indique le repos, la sobriété, les calmants, les révulsifs, tout ce qui peut contribuer à diminuer l'irritation stomacale, l'excitation fonctionnelle, la congestion probable de la muqueuse gastrique ; l'hypopepsie est, au contraire, justiciable de la médication calmante, reconstituante ou tonique, etc. ; or, le diagnostic d'hyperpepsie ou d'hypopepsie ne peut se faire que par l'examen du suc gastrique.

Pour ne pas trahir la pensée des auteurs, nous devons ajouter en terminant qu'ils n'entendent nullement trancher la question de haute pathologie générale concernant la pathogénie et la nature des gastropathies qu'ils laissent de côté de parti pris. « Les faits d'ordre chimique ne peu-
« vent, pas plus que les autres phénomènes symptomatiques, servir de
« base unique à l'établissement de bases nosologiques. La clinique offre
« à notre observation des objets complexes qui doivent être envisagés
« sous leurs multiples aspects. Quand nous nous laissons uniquement
« frapper par un seul de ces aspects, fût-il d'une grande importance,
« nous arrivons toujours à des conclusions imparfaites, ne pouvant con-
« tenir qu'une part de vérité. » Arrêtons-nous sur ces paroles de haute philosophie médicale, bien dignes d'être méditées.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1890.

A

Abcès. — Des abcès froids, par Mollière. (*Lyon méd.*, 24 août.) — Traitement des abcès froids, sans drainage, par Lovett. (*Boston med. Journ.*, 18 septembre). — Traitement des abcès tuberculeux par les injections d'iodoforme, par Bruns, Krause, Heussner, Trendelenburg, von Eiselsberg, von Bergmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 397, 28 avril) — Un cas d'abcès sous-phrénique, par Doyon. (*Province méd.*, 2 août.) — Du traitement antiseptique des abcès, par C. Monod. (*Médecine moderne*, 19 juin.)

Abdomen. — Etude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges, par Balp. (*Thèse de Lyon.*) — Des changements de forme de l'abdomen et de la ceinture abdominale, par Haanen. (*Therap. Monats.*, août.) — De la palpation de l'abdomen et du thorax par l'amplexation, par Charpentier. (*Revue gén. de clinique*, n° 27, p. 425.) — De la technique de l'amplexation, par Trastour. (*Ibid.*, n° 29, p. 457.) — Quelques difficultés rencontrées dans la chirurgie abdominale, par Van den Veer. (*Med. News*, 25 oct.) — Affections chirurgicales des parois abdominales et de la rate, par G. Ledderhose. (*Stuttgart.*) — Des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu, par Schachner. (*Ann. of surg.*, n° 6.) — Blessures par armes à feu de l'abdomen, par Barron. (*N.-York med. Record*, p. 661, 7 juin.) — Plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de couteau, par Guinard. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 octobre.) — Six cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, coups de couteau, laparotomie, par Dalton. (*Mississipi Valley med. Assoc.*, 8 octobre.) — Cinq cas de plaie, par armes à feu, de l'abdomen traités par la laparotomie, deux morts, trois guéris, par Bernays. (*Lancet*, 13 septembre.) Coup de feu de la paroi abdominale, de la vessie et du rectum; guérison, par Velitchkin. (*Russk. Med.*, XV, p. 39.) — Sur les contusions de l'abdomen par coups de pied de cheval, par Moty. (*Rev. de chir.*, novembre.) — Ostéite traumatique de la branche ascendante du pubis. Phlegmon sous-péritonéal. Ouverture de l'abdomen. Mort 42 jours après l'opération, par Regnier. (*Revue méd. de l'Est*, n° 17.) — Étude des fibromes et des sarcomes de la paroi abdominale, par Fink. (*Prager med. Woch.*, 10 septembre.) — Hymen imperforé avec tumeur abdominale extra-utérine, par Kinloch. (*Americ. Journ. of Obst.*, août.) — Remarques sur le cancer de l'ombilic, par Attimont. (*Broch. Nantes.*) — De la mort subite dans le cours des affections abdominales, par Jacquemard. (*Loire méd.*, 15 août.) — Ascite chyleuse, par Sidney Martin. (*London path. Soc.*, 21 octobre.) —

Une ceinture abdominale en feutre plastique, par PRAEGER. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er novembre.) — Le tamponnement de la cavité abdominale, par WALCHER. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 novembre.)

Accouchement. — Compendium d'obstétrique de HAAKE. (4e édition refondue par J. DONAT. *Leipzig.*) — Rapport sur la Maternité royale et l'hôpital Simpson, par KEILLER et ROBERTSON. (*Edinb. med. Journ.*, juillet.) — Des accouchements chez les primipares et de la mortalité avec l'antisepsie, par ERDMANN. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 1.) — De la cocaïne en obstétrique, par BOUSQUET. (*Marseille méd.*, n° 7, p. 417.) — Valeur analgésique de l'antipyrine pendant et après l'accouchement, par PHILLIPS. (*Lancet*, 20 septembre.) — De l'antisepsie dans les accouchements normaux. Ses résultats, par VERCHÈRE. (*France médicale*, 14 février.) — Antisepsie obstétricale, par STADFELT. (*Cong. de Berlin; Ann. de gyn.*, août.) — Du tamponnement intra-utérin en obstétrique, par AUVARD. (*Ibid.*) — Rapport sur l'antisepsie en obstétrique, par FRITSCH. (*Ibid.*, septembre.) — De l'antisepsie par les sages-femmes, par TARNIER. (*Semaine méd.*, 24 septembre.) — Le traitement consécutif des cas d'obstétrique, par WOOD. (*N.-York med. Journ.*, 2 août.) — Asepsie et antisepsie en obstétrique, par GREENLEY. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 9 août, p. 197.) — Un cas de gémellité où les deux fœtus étaient situés l'un devant l'autre, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Sur le dégagement des épaules dans les présentations du sommet, par LAURE. (*Thèse de Lyon.*) — Application des recherches bactériologiques à la gynécologie et aux accouchements, par SIMON. (*Münch. med. Woch.*, n° 17.) — Étude du travail sur des coupes de sujets congelés, par BARBOUR. (*Brit. med. Journ.*, 1er novembre.) — Les complications du travail dans 2,000 accouchements, par HARTILL. (*Brit. med. J.*, 27 septembre.) — De la quantité des eaux dans ses rapports avec l'expulsion de l'enfant, par SAURENHAUS (*Zeit f. Geburts*, XX, 1.) — Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs, par STAPFER. (*Union médicale*, 2 août.) — De la rigidité de l'orifice uterin comme obstacle à l'accouchement, par COOPMANN. (*Wiener klin. Woch.*, n° 14.) — Un cas de présentation de l'épaule, par SOLOWEITSCHYK. (*N.-York med. Journ.*, p. 379, 5 avril.) — De quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et, en particulier, du procédé de Loviot, par LASSELVES. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le pronostic et le traitement dans les présentations du siège, par DELANNOY. (*Thèse de Lille.*) — Sur un cas d'anomalie du temps de rotation interne dans une position antérieure du sommet, par FLANDRIN. (*Bull. Acad. de méd.*, 1er juin.) — Traitement de la présentation du siège décomplété, mode des fesses enclavées dans l'excavation, par MAYGRIER. (*Journ. de méd., Paris*, 7 septembre.) — Dystocie par réplétion exagérée de la vessie du fœtus, par SILBERMANN. (*Wien. med. Presse*, n° 9, p. 332.) — Inertie utérine pendant un accouchement compliqué de tumeur fibreuse du fond de la matrice, par SCHUHL. (*Revue méd. de l'Est*, n° 19.) — Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant, par AUVARD. (*Union médicale*, 14 juin.) — Version céphalique avant le travail pour la présentation des fesses; note sur le traitement des positions occipito-postérieures, par SOUTHWICK. (*Americ Journ. of obst.*, octobre.) — De la dystocie dans les anomalies du col, par CHROBAK. (*Wiener klin. Woch.*, n° 4.) — Rupture complète de l'utérus, passage du fœtus dans le péritoine, extraction par les voies naturelles, guérison, par GUÉNIOT. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — Bassin plat rachitique, diamètre conjugué, grossesse gémellaire, accouchement provoqué artificiellement à sept mois et demi, extraction des fœtus par la version, par BOURRUS. (*Journ. de méd., Bordeaux*, 21 septembre.) — Bassin rétréci; accouchement provoqué

à l'aide du ballon de Champetier, succès pour la mère et pour l'enfant, par Ferré. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — L'emploi du forceps, par Taylor. (*Americ. journ. of obst.* septembre.) — Un nouveau forceps, par Pazzi. (*Ann. di ostet.*, octobre.) — Dystocie à la suite du traitement de l'endométrite par la pâte de Canquoin, par Fochier. (*Lyon méd.*, p. 479, 3 août.) — Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Septicémie gangréneuse pendant le travail de l'accouchement, par Riberolles. (*Revue gén. de clinique*, n° 29, p. 467.) — Lésions des uretères pendant le travail, par Skene. (*Americ. gyn. soc.*, 16 septembre.) — Traitement de l'inertie utérine pendant le travail, par Runge. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Traitement de l'hémorragie post-partum par le tamponnement de Duhrssen, par Everke. (*Therap. Monats.*, juin.) — Indications et méthodes opératoires de l'accouchement prématuré artificiel, par Calderini, Dohrn. (*Cong. de Berlin, Ann. de gyn.*, août.) — Difficulté de la provocation de l'accouchement, par A. Pozzi. (*Union méd. du Nord-Est*, n° 9.) — Sur l'emploi des injections intra-utérines après l'accouchement, par Faivre. (*Thèse de Nancy.*) — Étude analytique et critique sur les moyens les plus fréquents employés pour provoquer l'accouchement prématuré, par Boissard. (*France médicale*, 10 janvier.)

Acné. — Cas d'acné nécrosique (A. frontal d'Hebra, varioliforme de Kaposi), par Behrend. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 412, 5 mai.) — Le traitement de l'acné, par Blanc. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 25 octobre.)

Acromégalie. — Cas d'acromégalie, par Rolleston. (*London path., soc.*, 21 octobre.) — Un cas d'acromégalie au début, par Mosler. (*Münch. med. Woch.*, 29 juillet.) — Un cas d'acromégalie, par Schultze. (*Berl. klin. Woch.*, 7 octobre 1889.) — Obs. d'acromégalie, par Waldo. (*Brit. med. J.*, p. 662, mars.) — Coexistence d'ichthyose et d'acromégalie, par Manasse. (*Berl. klin. Woch.*, 5 mai.) — Un cas d'acromégalie, par Gauthier. (*Progrès médical*, 24 mai.)

Actinomycose. — Actinomycose, guérison, par Matlakowsky. (*St-Petersb. med. Woch.*, 30 juin.) — Actinomycose du ventre, par Helferich. (*Münch. med. Woch.*, n° 29.) — Un cas d'actinomycose, enfant de 9 ans, par Powel, Godlee et Taylor. (*Med. chir. trans.*, LXXII, p. 175.) — Sur un cas d'actinomycose, par Duckworth et A. Wynne. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXV, p. 159.) — Un cas d'actinomycose (du poumon), par Adler (*Berl. klin. Woch.*, 16 juin.) — Idem, par Sonnenburg. (*Ibid.*)

Addison (mal.). — Maladie d'Addison avec pityriasis versicolor et lésions du sympathique, par Fleiner. (*Berl. klin. Woch.*, 23 décembre 1889.) — Un cas de maladie d'Addison, par Ohmann Dumesnil. (*Journal of Amer. med. assoc.*, 13 septembre, p. 385.) — A propos de quelques expériences nouvelles sur la maladie d'Addison, par Stilling. (*Rev. de méd.*, octobre.)

Albumine. — Sur le dosage des matières albuminoïdes dans les liquides séreux, par Lambling et Devoide. (*Rev. biol. Nord de la France*, octobre.) — Influence du travail musculaire sur la destruction de l'albumine, par E. Voit. (*Münch. med. Woch.*, n° 24.) — Influence des hydrates de carbone et de la graisse sur la destruction de l'albumine, par Erwin Voit. (*Ibid.*, n° 31.) — Les albumines toxiques, par Rémond. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Sur la prétendue valeur microbicide de l'albumine de l'œuf, par E. Aievoli. (*Riforma medica*, 11 juillet.)

Albuminurie. — De l'albuminurie dans l'état de santé, par Mason. (*Brit. med. Journ.*, 8 novembre.) — De l'albuminurie à l'état de santé, par Davis.

(*Journal of amer. med Assoc.*, 6 septembre, p. 341.) — De l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles, par CHABRELY. (*Thèse de Bordeaux.*)

Alcoolisme. — De l'alcoolisme, par MAGNAN. (*Bull. méd.*, 12 novembre.) — Quelques points de l'étude de l'ivresse, par M.-D. FIELD. (*N.-York med. Journ.*, p. 647, 14 juin.) — L'alcoolisme aux cellules de l'hôpital Bellevue, par C.-L. DANA. (*N. York med. journ.*, p. 646, 14 juin.)

Aliénation. — Manuel clinique des affections mentales et des névroses psychiques de GEORGE H. SAVAGE, trad. en allemand par A. KNECHT. (*Leipzig.*) — Leçons cliniques sur la psychiatrie, par THEODOR MEYNERT. (*Vienne.*) — La distribution géographique de la folie dans la province de Florence, par GUCCI. (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, XXVII, 5.) — Du personnel médico-administratif des asiles et de son recrutement, par MARANDON DE MONTYEL. (*Ann. méd. psych.*, novembre-décembre.) — Le patronage familial des aliénés, par FÉRÉ. (*Rev. scientif.*, 18 octobre.) — Pathologie générale et pathogénie de l'aliénation, par FAUSER. (*Allg. Zeit. f. Psych.* XLVII, 1.) — Des éléments de diagnostic et des classifications en pathologie mentale, par BALLET. (*Bull. méd.*, 5 novembre.) — Recherches sur le sang et l'urine des aliénés, par SMITH. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.) — Parotidite chez les aliénés, par HYSLOP. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.) — Étude sur les yeux chez les aliénés, par ROYET. (*Thèse de Lyon.*) — Du mutisme chez les aliénés, par MORET. (*Thèse de Paris*, 13 novembre.) — Paranoia persecutoria, suite de masturbation, par KRAFT-EBING. (*Wien. med. Blätter*, n° 40.) — Folie brightique, par ROULLAND. (*Poitou méd.*, août.) — Étude des délires systématiques primitifs, par CRISTIANI. (*Arch. per. le mal. nervose*) XXVII, 5.) — Folie à deux, par GOODALL. (*Brit. med. J.*, 8 novembre. — Du délire de la persécution, pronostic modifié par le diagnostic de la cause, par MAGNAN. (*Gaz. des hôp.*, 28 août.) — Les persécutés, une persécutée à idées génitales, par VOISIN. (*Gaz. des hôp.*, 9 septembre.) — Diagnostic des délires de persécution systématisés, par SÉGLAS. (*Semaine méd.*, 15 novembre.) — Délire chronique, période de persécution, par MAGNAN. (*Progrès médical*, 31 mai.) — Idées de persécution chez une débile hystérique, persécutée persécutrice, par VOISIN. (*Gaz. des hôp.*, 16 septembre.) — Étude clinique sur le délire de persécution, par DAGONET. (*Ann. méd. psychol.*, septembre-octobre.) — La folie du doute, par COOMBS KNAPP. (*Amer. Journ. of psych.*, janvier.) — Un cas de délire avec impulsions homicides et tendances au suicide, par FR. ASHBY ELKINS (*Edinburgh med. journ.*, septembre.) — La folie du doute et le délire du toucher, par LADAME. (*Ann. méd. psych.*, novembre-décembre.) — Relations de l'albuminurie avec les psychoses à propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique. Un nouveau cas de folie brightique, par RAYMOND. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juin.) — Formes intermédiaires entre le trouble mental et l'intégrité d'esprit, par FOREL. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 233, 15 avril.) — Des auto-intoxications dans les maladies mentales ; contribution à la pathogénie de la folie, par CHEVALIER-LAVAURE. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales, par CHARDON. (*Thèse de Lille.*) — Traitement de la folie aiguë dans les hôpitaux généraux, par SPRATLING. (*N.-York med. Record*, 28 janvier.) — L'antipyrine dans l'aliénation mentale, par ROSCIOLI. (*Il manicomio*, V, n° 3.) — Sur le sulfonal chez les aliénés, par ROUBINOVITCH. (*Progrès médical*, 28 juin.)

Alimentation. — Les falsifications de substances alimentaires, par POUCHET. (*Rev. scientif.*, 26 juillet.) — Sur la recherche de la saccharine dans les boissons, par WAUTERS. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 septembre.) — La

diastase et son utilité dans l'alimentation, par Ormsby. (*N.-York med. Journ.*, p. 96, 25 janvier.)

Amputation. — Statistique de 200 amputations à la clinique de Tubingue 1882-1888, par Roman et Klopfer. (*Beit. z. klin. Chir. v. Bruns*, VI, 2.) — L'amputation comme méthode orthopédique, par Vance. (*Med. News*, 1er novembre.) — Sur un cas d'amputation congénitale incomplète, par Rouxeau. (*Gaz. méd. Nantes*, VIII, p. 29.) — Angio-sarcome de l'humérus : des articulations scapulo-humérales ; mort de choc, par Ch. Powers. (*Med. News.*, 26 juillet, p. 84.) — De l'amputation interscapulo-thoracique, un cas, par Lewis. (*Annal. of surg.*, XI, p. 88, et *Bull. soc. Chir.*, XVI, p. 98.) — Désarticulation sapulo-humérale pathologique, consécutive à un volumineux carcinome intermusculaire, par Helferich. (*Münchener med. Woch.*, n° 21.) — Réamputation de l'humérus pour moignon conique, sous la cocaïne, par John Wyeth. (*Internat. Journ. of surgery*, mai, p. 104.) — De l'amputation des doigts dans la continuité des métacarpiens, par Flament. (*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — De la valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne, par Sonrier. (*Thèse de Nancy.*) — Tarsectomie, par Michaux. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVI, p. 131.) — Le moignon conique après l'amputation chez les enfants. Causes et pronostic, par Powers. (*N.-York med. Record*, p. 641, 7 juin.)

Amygdale. — De l'amygdalite, par Rendu. (*Mercredi méd.*, 8 octobre.) — Notes sur le rhumatisme, spécialement les manifestations du côté de l'amygdale, par Thayer. (*N.-York med. Journ.*, 26 juillet.) — Caractère contagieux et infectieux de l'amygdalite, par Descoings. (*El siglo med.*, 1er juin.) — Spasmes œsophagiens dus à l'hypertrophie de la 4e amygdale, par Joal. (*Revue de laryng.*, 15 août.) — Hypertrophie de l'amygdale, son influence sur les inflammations du nez et de l'oreille, traitement, par Stucky. *Americ. rhinol. assoc.*, 6 octobre.) — L'opération de l'amygdale pharyngienne hypertrophiée, par Gradle. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 157.) — De la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne, par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 348.) — Discussion. (*Ibid.*, p. 350. — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Cuvillier. (*Bull. méd.*, 7 septembre.) — Sur un procédé d'amygdalotomie rapide et évitant l'hémorragie, par Toison. (*Journ. sc. méd. Lille*, 27 juin.) — Otite moyenne aiguë double consécutive à l'amygdalotomie, par Barling. (*Birmingham med. Review*, juillet.) — Hémorragie après l'amygdalotomie, description d'un amygdatolome galvano-cautère, par Wright. (*N.-York. med. Journ.*, 30 août.) — Hémorragie après l'amygdalotomie, par Hall. (*N.-York med. Journ.* 20 sept.) — Amygdalotomie et hémorragie, par Moure. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 325.) — Traitement de l'amygdalite par le veratrum viride, par Washburn. (*N.-York med. Record*, 18 octobre.) — Guérison rapide de l'amygdalite, par Hudson. (*N.-York med. Record*, 27 septembre.) — Traitement de l'amygdalite aiguë, par Bidwell. (*Int. clin. Rundschau*, 24 août.) — Abcès de l'amygdale chez un enfant de 14 mois, par Lefferts. (*N. York med. journ.*, p. 456, 26 avril.) — Gommes syphilitiques des amygdales, par Natier. (*Ann. polyclin. Paris*, n° 3.) — Un cas de tumeur maligne de la base de l'amygdale, par Labit. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, juillet.) — Sarcome primitif de l'amygdale, traitement par l'électrolyse, mort, par Mygind. (*Journ. of laryng.*, août.) — Sarcome de l'amygdale extirpé par incision externe, guérison, par Nomans. (*Boston med. J.*, 6 novembre.)

Anatomie. — Manuel d'anatomie systématique et topographique de Carl von Langer. (4e édition, revue par C. Toldt, *Vienne.*) — Guide de dissection et résumé d'anatomie topographique. Adaptation française du manuel d'anatomie pratique de Cunningham, par Kuborn. (In-8°, 380 p., *Paris.*)

— Le manubrium du sternum au point de vue de l'anatomie philosophique, par JABOULAY. (*Province méd.*, 23 août.) — De la conservation des sujets pour la dissection, par JOHN STRUTHERS. (*Edinburgh med. journal*, octobre.)

Anémie. — Les cellules globulifères dans leurs rapports avec la physiologie du sang et la pathogénie de l'anémie primitive, par GABBI. (*Sperimentale*, octobre.) — Le traitement des anémies, par LAACHE. (*Mercredi méd.*, 20 août.) — Un cas d'anémie grave post-partum guéri par de grands lavements d'eau salée à 1/2 0/0, par HEER. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 424, juin.) — Défaut de formation des globules rouges dans l'anémie pernicieuse, par RINDFLEISCH. (*Sitzungs physik. medicin. Gesellsch. zu Würzburg*, p. 73.) — Un cas d'anémie dite pernicieuse; guérison, par LUZET. (*France médicale*, 18 juillet.) — Obs. sur la pathologie de l'anémie pernicieuse, 3 cas, par MOTT. (*Practitioner*, août.) — Anémie pernicieuse, par M. PHEDRAN. (*Canadian med. assoc.*, 9 septembre, et *Med. News*, 11 octobre.) — Anémie pernicieuse aiguë, suite de grippe, par RHEINER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin.)

Anesthésie. — Sur l'administration et les dangers des anesthésiques, par DUNLOP. (*Lancet*, 27 septembre.) — Recherches expérimentales sur l'action du chloroforme et de l'éther, par MAC WILLIAM. (*Brit. med. Journ.*, 11 octobre.) — A propos d'un nouveau mode de chloroformisation, par ROLLET. (*Lyon méd.*, 3 août.) — Le chloroforme et la commission d'Hyderabad, par REEVE. (*Med. News*, 18 octobre.) — De l'anesthésie par le chloroforme, par ROUTIER. (*La médecine moderne*, 21 août.) — Étude des anesthésiques, par KAPPELER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Valeur et dangers des anesthésiques, par STOCKWELL. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Des accidents de la chloroformisation, par VERNEUIL, A. GUÉRIN, LABBÉ. (*Bull. acad. de med.*, 8 et 15 juillet.) — La seconde commission d'Hyderabad (chloroforme) et ses recherches, par KŒHLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 294.) — Valeur de l'anesthésie primaire dans les petites opérations chirurgicales, par HARRINGTON. (*Boston med. Journ.*, 6 novembre.) — Recherches pour déterminer l'action de l'oxyde nitreux, du nitrogène, de l'oxygène et de l'acide carbonique sur la circulation; de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par WOOD. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Médication cataphorique et cocaïne comme anesthésique local, par HARRIES. (*Lancet*, 25 octobre.) — De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie, par FRANC. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 octobre.) — Cocaïne et circoncision, par GUINARD. (*Gaz. heb. de méd.*, 13 septembre.) — De l'anesthésie cocaïnique, par PERNICE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 287.) — Sur les inhalations de chlorure d'éthylène, par POLLOSSON. (*Lyon méd.* 14 septembre.) — Danger de chloroformisations à la lumière artificielle, par BOBRIK. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Deux cas de manie à la suite de l'anesthésie par l'éther, par GORTON. (*Americ. Journ. of insanit.*, n° 4.) — Mort par l'éther, par HUNT. (*Brit. med. Journ.*, 11 octobre.) — Mort par le méthylène, par HUGHES. (*Lancet*, 11 octobre.) — Mort par le chloroforme, par COLLIER. (*Brit. med. J.*, 8 novembre.) — De la mort par le chloroforme, par W. KOCH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 289.) — Une mort par le chloroforme. (*Asclepiad*, n° 1.)

Anévrisme. — De l'anévrisme, guérison par formation de thrombus blancs dans le sac, par MACEWEN. (*Brit. med. J.*, 15 novembre.) — Anévrisme aortique présentant seulement quelques symptômes indirects, par ANDERSON. (*Americ. Journ. of. med. sc.*, novembre.) — Anévrisme de l'aorte, par JACCOUD. (*La médecine moderne*, 25 septembre.) — Anévrisme aortique, paralysie de la corde vocale gauche, mort par rupture de la poche dans le médiastin, par MAJOR. (*N.-York med. Journ.*, 18 octobre.) — Anévrisme

de l'aorte abdominale diagnostiqué pendant la vie; mort; autopsie, par Thérèse. (*France médicale*, 17 janvier.) — Ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite pour un anévrisme aortique, par Ashhurst. (*Univ. med. Magazine*, II, p. 171.) — Du traitement des anévrismes de l'aorte, par Potain. (*France médicale*, 3 janvier.) — Les apparences de succès dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique, par Nias. (*Practitioner*, août.) — Un cas d'anévrisme artério-veineux du sinus carotidien ayant envahi la cavité cranienne, attaques épileptiformes subintrantes, ligature de la carotide primitive; amélioration, par Poirier. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Anévrisme traumatique de la maxillaire interne; compression, guérison, par Krauss. (*N.-York med. Journ.*, 2 août.) — Anévrisme de l'artère thyroïdienne inférieure, par Brousses. (*Lyon méd.*, p. 344, 6 juillet.) — Guérison d'un anévrisme de la sous-clavière, par l'élimination gangréneuse du sac, par Oliver. (*Med. soc. Northumberland*, 9 octobre et *Semaine méd.*, 5 novembre.) — Deux cas d'anévrisme artério-veineux traumatique de l'aisselle traités par la compression directe unie à la compression indirecte; un succès, un insuccès, par Geschwind. (*Arch de méd. milit.*, octobre.) — Deux cas d'anévrisme axillaire et poplité, compression digitale et ligature, par Cowell. (*Lancet*, 15 novembre.) — Ligature de l'artère sous-clavière pour anévrisme axillaire traumatique datant de 6 semaines; guérison, par C. Wilson. (*Med. News*, 21 juin, p. 678.) — Anévrisme de l'artère crurale dans le triangle de Scarpa, ligature de l'iliaque externe; guérison, par Lawson. (*Lancet*, 9 août.)

Angine. — Un cas d'angine herpétique, par Bartels. (*St. Petersb. med. Woch.*, n° 35.) — De l'angine scarlatineuse pseudo-diphthéritique, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 mai.) — Traitement local de la diphtérie et de l'angine scarlatineuse, par Cheatham. (*N.-York med. Journ.*, 23 août.) — Angine de poitrine. Crises à début épigastrique provoquées par le cathétérisme et accompagnées d'irradiations dans le pouce et l'index. Nitrite d'amyle à l'intérieur. Mort subite; autopsie, par H. Audeoud. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 368, mai.) — Angine de poitrine d'origine gastrique, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 11 septembre.) — Traitement de l'angine de poitrine par la nitroglycérine, par Murrell. (*Therap. Monats.*, novembre.)

Angiome. — Un cas d'angiome artériel racemosum, par Heuschel. (In-8°, *Tubingue*.) — De la maladie kystique essentielle des organes glandulaires ou angiome des appareils secrétoires, par Bard et Lemoine. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Large nœvus enlevé de l'aisselle, par Osburne. (*Lancet*, 27 septembre.)

Anthrax. — Anthrax de la nuque. Phlegmon périnéphrétique consécutif, par M. Michel. (*Union méd. du Nord-Est*, n° 10, p. 353.)

Antisepsie. — De l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie, par Terrier. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Les conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations, par Just Lucas-Championnière. (*Revue d'hyg.*, XII, 302, avril.) — Sur la dose antipeptique des antiseptiques, par A. Ferrannini. (*Riforma medica*, 25 août.) — Le bétol comme antiseptique, par Grenouillet. (*Journ. de pharm.*, 1er septembre.) — Médicaments antiseptiques, par Parke. (*N.-York med. Journ.*, p. 126, 1er février.) — De l'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptique, par Vaquez. (*Mercredi méd.*, 23 juillet.) — De la médication antiseptique, par L.-D. Woodbridge. (*Practitioner*, juin.) — La médication antiseptique interne, par G. Levi. (*La Riforma*

medica, 11 juin.) — Influence de l'antisepsie sur les opérations obstétricales, par Alfred Dührssen. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 et 16 juin.) — Antisepsie rénale et antisepsie vésicale, par Guyon. (*Mercredi méd.*, 30 juillet.) — Antisepsie intestinale par entéroclyse, par Cantani. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 522, 9 juin.)

Anus. — Absence congénitale de l'anus et du rectum, par Epley. (*Northwest. Lancet*, X, p. 53.) — Un cas d'anus contre nature congénital vestibulaire chez une nullipare de 20 ans, par Abel. (*Arch. f. Gynack.*, XXXVIII. 3.) — Note sur le traitement de l'anus contre nature. Présentation d'un entérotome à branches pressant parallèlement, par H. Lécuyer. (*Union méd. du Nord-Est*, n° 10, p. 357.) — Rétrécissement du rectum consécutif à une opération d'anus imperforé, par Chapin. (*N.-York Acad. of med.*, 10 octobre.) — Entérorraphie pour anus contre nature consécutif à une hernie étranglée et gangrenée, par Bœckel. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 330.) — Diagnostic et traitement des vices de conformation de l'anus et du rectum, par Étienne. (*Thèse de Nancy.*)

Aorte. — Les procédés d'exploration de l'aorte, par Peter. (*Union médicale*, 1er juillet.) — Un cas d'aortite verruqueuse aiguë, par O. Barbacci. *Morgagni*, juin.) — Un cas de rupture de l'aorte intrapéricardique, par Cimbali. (*Sperimentale*, août.)

Appareil. — L'aspirateur du Dr Almogen (pompe aspirante et foulante), par Fürbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Nouvel appareil à inhalation, par Jahr. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Appareil pour fixer le speculum nasal de Voltolini, par Theodor S. Flatau. (*Berlin klin. Woch.*, p. 565, 23 juin.) — Prothèse des apophyses géni, par Guérin. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 septembre.) — Nouveaux appareils pour traction latérale, par Phelps. (*N.-York med. J.*, 8 novembre.) — L'appareil de Thomas pour la hanche, par Ridlon. (*N.-York med. Journ.*, p. 374, 5 avril.) — Nouveau corset, par W. Schulthess. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 281, 1er mai.) — Appareil elytro-ptérygoïde, par Chassagny. (*Lyon méd.*, p. 547, 17 août.) — Etuve à stériliser les instruments, par Quénu. (*Bull. Soc. de clin.*, XVI, p. 372.) — Étuve à stériliser les instruments, par Sorel. (*Ibid.*, XVI, p. 353.) — Nouvel appareil de stérilisation à la vapeur d'eau surchauffée, par Muencke. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 20.) — Nouveau régulateur pour étuve chauffée au pétrole, par Despeignes. (*Lyon méd.*, p. 332, 6 juillet.)

Artère. — La pression artérielle dans les maladies et ses indications thérapeutiques, par Paul Binet. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 251, avril.) — Des lésions veineuses chez les artério-scléreux, par Thiébaut. (*Thèse de Nancy.*) — Discussion sur la chirurgie des gros troncs artériels. (*Brit. assoc.; Brit. med. J.*, 15 novembre.) — Ligature de la fémorale, par J. Markuse. (*Münch. med. Woch.*, n° 30.) — A propos de la ligature de la fémorale superficielle, par P. Morelli. (*Il Morgagni*, juillet.)

Articulation. — Arthropathie d'origine nerveuse avec lésions articulaires, par Trépant. (*Gaz. méd. de Picardie*, août.) — De la contracture du biceps dans les arthrites du coude, par Terrillon. (*Progrès médical*, 14 juin.) — A propos de l'arthrodèse scapulo-humérale, par H. Schüssler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 407, 5 mai.) — Tumeur blanche de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, par Phocas. (*Bull. méd. du Nord*, n° 16, p. 414.) — Traitement par expectation opposé au traitement chirurgical dans les arthrites tuberculeuses, par Cheyne. (*Lancet*, 15 novembre.) —

Traitement des arthrites tuberculeuses par les injections d'iodoforme, par KRAUSE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 418, 5 mai.) — Des corps mobiles articulaires du genou, par CONAN. (*Thèse de Bordeaux.*) — Flexion permanente du genou, par LITTE. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 5.) — Pseudo-hydarthrose du genou, par DUBRUEIL. (*Rev. d'orthopéd.*, n° 5.) — Méthode de contre-extension pour le genou, par TAYLOR. (*Boston med. Journ.*, 16 octobre.) — Traitement des lésions internes du genou par une opération, par BELLAMY. (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre.) — Nouveau procédé opératoire pour l'ankylose osseuse angulaire du genou, par HELFERICH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 438, 12 mai.) — Valeur relative de l'ostéoclasie sus-condylienne et de la résection du genou dans l'ankylose de cette articulation, par OLLIER. (*Lyon méd.*, p. 299, 22 juin.) — Ligament et synoviale de l'articulation de la hanche, contribution à l'étude de la fracture intra-articulaire du col du fémur, par AMANTINI. (*Atti d'Accad. med. Perugia*, II, n° 1.) — Note sur 62 cas de maladies de la hanche, par RIDLON. (*N.-York med. Journ.*, 4 octobre.) — De la boîterie après la coxalgie, par JOHN CHIENE. (*Edinburgh med. Journal*, septembre.) — Valeur des mouvements dans le traitement des affections de la hanche, par WHITEHEAD. (*Trans. Americ. orthop. Assoc.*, II, p. 184.) — Du repos et de l'immobilisation dans les affections articulaires, par DE FOREST WILLARD. (*Ibid.*, p. 128.) — Des abcès de la hanche. Moyen de les prévenir et de les traiter, par ROB LOVETT et JOEL GOLDTHWAIT. (*Ibid.*, p. 82.) — De l'immobilité et de l'extension dans le traitement des affections de la hanche, par JOHN RIDLON. (*Ibid.*, p. 162.) — De la prophylaxie du raccourcissement dans les affections de la hanche, par JUDSON. (*Ibid.*, p. 175.) — Traitement consécutif après guérison des affections de la hanche, par JUDSON. (*Ibid.*, p. 173.) — Dans les derniers degrés des affections de la hanche, le traitement direct de la mauvaise situation n'est pas essentiel, par BERNARD BARTOW. (*Ibid.*, p. 187.) — Étude expérimentale sur la distension mécanique de la hanche, par BRACKETT. (*Ibid.*, p. 207.) — Analyse de 21 cas d'affections de la hanche traités par l'attelle de Thomas, par JOHN HUDDLESTON. (*Ibid.*, p. 220.) — Traumatisme de la hanche simulant une luxation, par HALSTED MYERS. (*Ibid.*, p. 290.) — Le traitement rationnel des maladies de la hanche, par A. LING TAYLOR. (*Ibid.*, p. 112.) — Suppuration de la hanche, abcès cavitaire du col du fémur; guérison, par BATTLE. (*London clin. soc.*, 10 octobre.)

Asthme. — Rapports de l'asthme avec les autres maladies, par WEST (*London med. Soc.*, 10 novembre.) — Mort subite dans l'asthme, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 18, p. 461.) — Traitement de l'asthme, par WARE. (*Med. and surg. Reporter*, 30 août.) — Comment on remplit les indications thérapeutiques dans l'asthme, par LIÉGEOIS. (*Revue gén. de clinique*, n° 29, p. 463.) — La lobéline contre l'asthme, par NUMÈS. (*Terapia moderna*, mai.) — Traitement de l'asthme des foins, par AULDE. (*Med. and surg. Reporter*, 9 août.)

Astigmatisme. — Théorie de l'astigmatisme, par GULLSTRAND. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 2.) — De l'amblyopie des astigmates, par MARTIN. (*Bull. acad. de méd.*, 9 septembre.) — Astigmatisme statique lenticulaire produit par l'usage des mauvaises lunettes, par FROTHINGHAM. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 25 octobre.) — Sur les réglages optiques de l'œil, la position et la valeur probable de l'astigmatisme total d'après la position et la valeur réelle de l'astigmatisme cornéen, par JAVAL. (Congrès de Berlin, *Rev. d'opht.*, n° 8.) — De l'astigmatisme et de l'ophtalmométrie, par ROTH. (*Thèse de Zurich.*) — Théorie et clinique de l'amblyopie astigmatique, par MARTIN. (*Ann. d'ocul.*, septembre-octobre.) — Moyens de faciliter la com-

préhension de certains phénomènes de l'astigmatisme, par TUNNER. (*Lancet*, 23 août.)

Auscultation. — Abrégé de percussion et d'auscultation, par HERMANN VIERORDT. (3e édit., *Tubingue.*) — Un conseil pour la technique et l'auscultation, par CAZENAVE DE LA ROCHE. (*La Clinique franç.* n° 2.)

Autoplastie. — De l'emploi des lambeaux cutanés pour la réparation des pertes de substance muqueuse, en particulier de la laryngoplastie, par WITZEL. (*Cent. f. Chir.*, 8 novembre.)

Avortement. — Traitement préventif des avortements à répétition, par HAMON DE FRESNAY. (*Ann. soc. méd.*, *Anvers.*, juin.)

B

Bactériologie. — De l'état actuel de la bactériologie, par KOCH. (*Rev. d'hyg. thér.*, octobre.) — La genèse des microorganismes, par V. SCHRÖN (*Allg. Wiener med. Woch.*, n° 37.) — Le rôle des microbes, par SMART. (*Med. Age*, n° 14.) — Etude des anaérobies, par KITASATO et WEYL. (*Zeit. f. Hyg.*, IX, 1.) — L'évolution des idées sur la nature et le mécanisme de la virulence, par ARLOING. (*Rev. gén. des sc. pures*, 30 septembre.) — Technologie bactériologique pour le médecin, par SALOMONSEN, traduction de TRELEASE. (*N.-York.*) — De la coloration des flagelles des spirilles et des bactéries, par TRENKMANN. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 13.) — A propos du travail de Bouchard sur les actions des produits sécrétés par les microbes pathogènes, *Revue critique.* (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Mode d'action des produits sécrétés par les microbes sur les appareils nerveux vaso-moteurs. Rapport entre ces phénomènes et celui de la diapédèse, par CHARRIN et GLEY. (*Acad. des sc.*, 28 juillet.) — Sur l'action des produits sécrétés par le bacille pyocyanique sur le système nerveux vaso-moteur, par CHARRIN et GLEY. (*Arch. de phys.*, n° 4.)— Sur la nature chimique des sécrétions microbiennes, par CHARRIN. (*Journ. de Pharm.*, 15 septembre.) — De la substance provocatrice de la suppuration dans les cellules des bactéries, par BUCHNER. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 11.) — Sur la variabilité des germes morbides, par SMITH. (*N.-York med. Journ.*, 1er novembre.) — Sur les poisons produits par le proteus vulgaris, par T. CARBONE. (*Riforma medica*, 2 septembre.) — Un microbe de la suppuration anaérobie, par FUCHS. (*Inaug. Diss. Greifswald.*) — Biologie et morphologie des bactéries saprogènes aérobies et anaérobies, par SAN-FELICE. (In-8°, 24 p., *Rome.*) — Méthodes de culture pour les anaérobies, par NIKIFOROFF. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 3.) — Sur la destruction des microorganismes par les cellules améboïdes, par RUFFER. (*Brit. med. Journ.*, 30 août.) — Action du sang et des autres liquides de l'organisme humain sur les microorganismes pathogènes, par STERN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2.) — Recherches morphologiques et biologiques sur un microorganisme de l'atmosphère Streptotrix Fœrsterii, par GASPERINI. (*Ann. de microg.*, juillet.) — Action du suc gastrique sur les bactéries pathogènes, par HAMBURGER. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 24.) — Recherches sur les formations acides et alcalines par les bactéries, par SMITH. (*Cent. f. Bakt.*, VIII, n° 13.) — Sur quelques bactéries produisant le boursouflement des fromages, par DE FREUDENREICH. (*Ann. de microg.*, mai.) — Action de la levure de bière sur le développement et la virulence des

bacilles typhique, charbonneux, pyocyanique, du fluorescens putridus, du micrococcus pyogenes. Ses applications thérapeutiques dans la diphtérie, la fièvre typhoïde, le muguet, par Boinet et Rœser. (*Bull. gén. de thér.*, 30 septembre.) — Sur un bacille anaérobie de la fermentation panaire, par Popoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, n° 10.) — Recherches cliniques et bactériologiques sur la pyoctanine, par Garré et Troje. (*Münsch. med. Woch.*, n° 25.) — Action du bleu de méthylène sur les organismes vivants, par Pilliet. (*Tribune méd.*, 2 octobre.) — Un cas à l'appui de la difficulté de caractérisation microscopique des matières fécales, par Combemale et Leleu. (*Bull. méd. du Nord*, n° 12, p. 312.) — Mycoses chirurgicales, par Stewart. (*N.-York med. Journ.*, 16 août.) — Les rapports des bactéries avec la chirurgie pratique, par Roberts. (*Times and Register*, II, n° 3.)— Rapport sur des cas de chirurgie aseptique et septique (tétanos, gangrène, épiphysite aiguë), par Lockwood. (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre.) — L'importance des microorganismes de la bouche pour l'organisme humain, par Dittrich. (*Prager med. Woch.*, n° 38.) — Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aiguës, par Achalme et Courtois-Suffit. (*Gaz. des hôp.*, 8 novembre.) — Recherches bactériologiques sur les abcès du bassin et les suppurations des trompes et des ovaires, par Boisleux. (*Zeit. f. Geburts*, XIX, 2.) — Des bactéries du rouget des porcs américains, par Racculia. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 10.)— Sur la variabilité du bacille rouge de Kiel, par Laurent. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 8.) — Expériences sur les dépôts boueux des filtres de porcelaine, par E. Vallin (pas pathogènes pour les animaux contrairement aux expériences de Lortet et Despeignes. (*Revue d'hyg.*, XII, 289, avril.) — Culture du bacille typhique sur milieux nutritifs colorés, par Gasser. (*Arch. de méd. expér.*, II, 6.) — Le bacille d'Eberth et les bacilles pseudo-typhiques dans les eaux de rivière, par Cassedebat. (*Ann. Inst. Pasteur*, n° 10.) — Un protée virulent et la protéose du bétail, par Perroncito. (*Giorn. d'accad. med. Torino*, n°s 4 et 5, 1889.) — Aperçu clinique sur la bactériologie oculaire, par Truc. (*Montpellier méd.*, 16 novembre.) — Fréquence relative des affections dues aux pneumocoques ; points au niveau desquels débute le plus habituellement l'infection aux divers âges de la vie, par Netter. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Le pneumocoque, par Netter. (*Arch. de méd. expér.*, II. n° 5.) — Sur la conservation du virus péripneumonique par la congélation, par Laquerrière. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.) — Encore un mot sur la distinction du streptococcus méningitique et du diplococcus pneumoniæ, par Bonome. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 6.) — Sur quelques localisations extra-pulmonaires du diplocoque lancéolé capsulé, par Banti. (In-8°, 58 p., *Florence.*) — Méthode pratique de coloration du bacille tuberculeux, par Friedlaender. (*Therap. Monats.*, août.) — Recherches sur un nouveau bacille pathogène, bacille opale et considération sur la soi-disant pseudo-tuberculose zoogléique, par Vincenzi. (*Giorn. acad. di med. Torino*, juin.) — Sur la virulence de la bactéridie charbonneuse après passage chez le chien et chez le lapin vaccinés, par Malm. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 8.) — Influence de modifications légères des cultures sur la croissance des bactéries, du bacille de la morve en particulier, par Smith. (*Journ. of Comp. med.*, p. 158.) — De l'action pathogène du bacille commun de l'intestin, par Vendrickx. (*La Cellule*, VI, 1.)

Bain. — Action des bains froids, tièdes et chauds, par Goralevitch. (*Vrateh*, 19 juillet.) — De la pression sanguine dans les bains tièdes et dans les bains d'eau contenant de l'acide carbonique, par Jacob. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Balnéothérapie, par Franz C. Müller. (*Leipzig.*) — Sur l'établissement de bains chauds scolaires et populaires, par V. Höss-

LIN. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Sur les bains de mer du littoral hollandais, par WIRBEL. (*Thèse de Paris*, 30 octobre.) — Du traitement hydro-minéral dans la tuberculose osseuse et orticulaire, par GRIMAUD. (*Ibid.*, p. 124.) — La scrofule à Balaruc, par PLANCHEL. (*Ibid.*, p. 131.) — Du traitement hydro-minéral et des bains de mer chez les enfants, par SIMON. (*Ibid.*, p. 138.) — Les bains de boues minérales et leurs succédanés, par Arthur LŒBEL. (*Vienne.*) — Les bains de mer. Leur action physiologique et thérapeutique. Leurs indications, par AUDUIN. (*Tribune méd.*, 16 octobre.)

Bassin. — Relâchement des symphyses du bassin, par REMY. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Mensuration pratique du bassin, par SKUTSCH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 257.) — Etude du bassin cyphotique, par SULGER-BUEL. (*Arch.f. Gynaek.*, XXXVIII, 3.) — Sur un cas de bassin cypho-scoliotique non rachitique, par PERRÉ. (*Thèse de Lyon.*) — Le relèvement du bassin et le cas qu'en fait Trededelenburg, par KOCKS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 351.) — 5 cas d'abcès pelviens, par DUNNING. (*N.-York med. j.*, 8 novembre.) — La rareté de la cellulite pelvienne, par MC LAREN. (*Americ. Journ. of obst.*, septembre.) — Le bassin coxo-tuberculeux ou bassin des coxalgiques, par DEMELIN. (*Gaz. des hôp.*, 27 septembre.) — De la résection préliminaire du sacrum pour aborder les organes pelviens, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 4 octobre.)

Bec de lièvre. — De l'opération rectangulaire pour le bec de lièvre, par GOLDING BIRD. (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre.) — L'opération du bec de lièvre faite de bonne heure et ses avantages, par MANLEY. (*N.-York med. journ.*, p. 403, 12 avril.)

Biliaires (Voies). — Sur les variations diurnes de la sécrétion biliaire, par DASTRE. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Variations de l'alcalinité de la bile dans la fièvre septique. par PISENTI. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 13.) — Opération de la fistule biliaire, par DASTRE. (*Arch. de Phys.*, n° 4.) — De l'influence de l'excision partielle du foie sur la sécrétion biliaire, par M. LUKJANOW. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXX, Heft 3.) — Un cas de lithiase biliaire traité par l'huile d'olives, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 18, p. 465.) — Des symptômes de l'obstruction chronique du canal cholédoque par des calculs, par OSLER. (*Annales of Surg.*, n° 3.) — Sur un cas de fistule bilio-bronchique avec expectoration de calculs biliaires, par COLVÉE. (*Médecine moderne*, 15 mai.) — Calcul biliaire, par LE DENTU. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 233.) — Quelques remarques sur la chirurgie des voies biliaires (réponse aux critiques de Langenbuch, *R. S. M.*, XXXVI, 250), par Emil SENGER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 367, 21 avril.) — Un cas de cholécystotomie; guérison, par RUFUS HALL. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 12 juillet, p. 76.) — Remarques à propos d'une observation de cholécystotomie, par TERRIER. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 334.) — Cholécystotomie pour suppuration de la vésicule et calculs; guérison, par CRAVEN. (*Lancet*, 30 août.) — De la cholécystotomie d'après Czerny, par WINKELMANN. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Cholécystotomie pour calcul enclavé dans le canal cystique. Le douzième jour, oblitération de la fistule biliaire par abrasion, par CHAPUT. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 270.) — Opération de cholécystectomie, par TERRIER. (*Bull. acad. de médec.*, 30 septembre.) — Extirpation de la vésicule biliaire distendue par un calcul engagé dans le col, par PÉRIER. (*Mercredi méd.*, 8 octobre.) — Cholécystentérostomie, par TILLAUX. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 290.) — Destruction de la vésicule biliaire, par JOHN A. CONES. (*Practitioner*, mai.) — Cancer primitif de la vésicule biliaire avec autopsie, par LOOMIS. (*N.-York*

med. Record, p. 541, 10 mai.) — Epithélioma cylindrique des voies biliaires, par MALFILATRE et THIRION. (*Bull. méd. du Nord.*, n° 13, p. 333.)

Blennorragie. — Rapports de la blennorragie avec les affections du rein, par KENNEDY. (*N.-York med. Journ.*, 18 octobre.) — Des déterminations cutanées de la blennorragie, par PERRIN. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 10.) — Explication des soi-disants exanthèmes blennorragiques, par FLESCH. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 9.) — Blennorragie chez le frère et la sœur (6 et 8 ans), par CRANDALL. (*N.-York med. Journ.*, p. 463, 26 avril.) — Sur un cas de rhumatisme blennorragique à forme d'hydartrose, par MICHEL. (*Union méd. Nord-Est*, n° 7, p. 236.) — De la salpingite blennorragique, par TERRILLON. (*Bull. méd.*, 14 septembre.) — Du traitement de la blennorragie, par ALLEN. (*Boston med. Journ.*, 7 août.) — Traitement des inflammations blennorragiques des articulations et des bourses muqueuses, par RUBINSTEIN. (*Therap. Monats.*, août.)

Bouche. — Des affections des glandes muqueuses de la bouche, par UNNA. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XI, 7.) — Des gingivo-stomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle, par GALIPPE. (*Journ. des connaiss. méd.*, 12 juin.) — De la stomatite gangréneuse, traitement par le sous-sulfate de fer, par SULLIVAN. (*N.-York med. Journ.*, 24 août.) — De la stomatite ulcéreuse, par SOKOLOFF. (*Wratch*, n° 43, 1889.) — Epidémie d'inflammation ulcéreuse de la muqueuse bucco-pharyngée, par SIMANOVSKY. (*Ibid.*, n° 1, 1890.) — Atrésie buccale, opération, par L. TRIPIER. (*Lyon méd.*, 5 octobre.)

Brûlure. — Les causes de la mort par les brûlures, par SALVIOLI. (*Giorn. acad. di med. Torino*, juin.) — Des brûlures, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 27 juillet.) — Un cas de brûlure par l'ammoniaque, par CARLES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 juillet.)

Bronche. — Un cas de bronchite pseudo-membraneuse, par ROQUE. (*Province méd.*, 20 septembre.) — Du rhume. Pourquoi et comment il doit être traité, par STOWELL. (*N.-York med. Journ.*, p. 234, 1er mars.)

C

Cancer. — Des formations intra-cellulaires dans les carcinomes, par SIEGENBECK VAN HEUKELOM. (*Cent. f. allg. Path.*, I, n° 22.) — Étude anatomique du carcinome, avec considérations étiologiques et diagnostiques, par J. SCHUTZ. (*Münch. med. Woch.*, n° 28.) — Le cancer et la théorie parasitaire, par SANQUIRICO. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — Sur des karyokinèses asymétriques dans les cellules cancéreuses, par HANSEMANN. (*Archiv für Physiologie*, p. 366.) — Note sur 40 opérations de cancer par les caustiques, par PRITCHARD. (*Lancet*, 25 octobre.) — Sur les injections de liqueur de van Swieten dans le traitement des tumeurs d'apparence cancéreuse, accessibles à l'exploration, par MANOEL. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.)

Cellule. — Physiologie de la cellule dans ses rapports avec la pathologie, par SIMS WOODHEAD et CARTWRIGHT. (*Edinburgh med. Journ.*, mai et juin.) — Sur l'amitose (division directe), par M. LOEWITT. (*Centralbl. f. path. Anat.* nos 9 et 10.) — Contribution à l'étude des phagocytes, par DANILEWSKY. (*Ann. Inst. Past.*, IV, 7.)

Céphalotripsie. — Un cranioclaste inclinateur, par Pinzani. (*Broch. Bologne.*)

Cerveau. — Histoire anatomique et pathologique des fibres nerveuses à myèline intracorticale du cerveau, par Kéraval et Targoula. (*Soc. méd. psych.*, 28 juillet.) — Anatomie des circonvolutions cérébrales, par Cunningham. (*Lancet*, 30 août.) — Des centres respiratoires dans l'écorce cérébrale, par Preobaschensky. (*Wiener klin. Woch.*, 9 octobre.) — Nombreux cas de vivisection pratiquée sur le cerveau de l'homme, leur verdict contre la doctrine des centres psycho-moteurs, par Brown-Séquard. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Sur les modifications de l'excitabilité corticale par la cocaïne et sur la nature des centres psycho-moteurs, par Belmondo. (*Sperimentale*, août.) — Contribution à la physiologie comparée du cerveau, par Schrader. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 307.) — Étude clinique et anatomique sur la pathologie du cerveau, par Henschen. (*Stockholm.*) — Trajet des dégénérescences secondaires après les lésions de l'écorce cérébrale, par C.-S. Sherrington. (*The Journal of Physiology*, vol. X, p. 429 et vol. XI, p. 121.) — De l'atrophie cérébrale partielle d'origine périphérique, par Sibut. (*Thèse de Nancy.*) — Troubles de l'intelligence musicale par lésion du cerveau, par Knoblauch. (*Brain*, n° 51.) — Pouvons-nous diagnostiquer l'hyperémie ou l'anémie du cerveau ou de la moelle ? par L.-C. Gray. (*N.-York med. Journ.*, p. 561, 24 mai.) — Contribution à l'étude de l'anopsie corticale ; expériences physiologiques ; relation d'un cas clinique, par V. Basevi. (*Morgagni*, mai.) — Un cas d'alexie, par Uhthoff. (*Berl. klin. Woch.*, 5 mai.) — Un cas d'alexie sous-corticale de Wernicke, par Adler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 356, 21 avril.) — Sur une forme particulière d'alexie, par Leube. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2.) — Un cas d'aphasie motrice, par Wernicke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 458, 19 mai.) — De l'aphasie ou perte de la parole, localisation du langage articulé, par Bateman. (2e édit., *Londres.*) — Sur un cas d'aphasie motrice et sensorielle, par Lacroix. (*Lyon méd.*, 28 sept.) — Hémorragies cérébrales multiples par contre-coup, par Destot. (*Province méd.*, 23 août.) — Sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau, par Lwoff. (*Thèse de Paris*, 15 novembre.) — Mécanisme de l'apoplexie par embolie, par Geigel. (*Cent. f. Nervenh.*, juillet.) — Thrombose cérébrale chez un tuberculeux, par Axtell. (*N.-Y. med. Journ.*, p. 573, 24 mai.) — Des localisations cérébrales, par Fleury et Bertrand. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 22 juin.) — Un cas d'hydrocéphalie, par Faguet. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 juillet.) — Hydrocéphalie chronique chez une femme de 44 ans, par Saccozzi. (*Ann. di fremiat.*, II, 2.) — De l'hydrocéphalie fœtale, par Reichelt. (*Inaug. Diss. Halle.*) — Affection cérébrale simulant une tumeur ; guérison, par Handford. (*Lancet*, 18 octobre.) — Deux cas de tumeurs cérébrales, par Angelini. (*Bullet. della Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma*, décembre 1889.) — Un cas de tumeur cérébrale, par Roussel. (*Loire méd.*, 15 août.) — Tumeurs de la glande pituitaire, par Roscioli. (*Il Manicomio*, VI, 1 et 2.) — Tumeur du corps calleux avec troubles psychiques, par de Lutzenberger. (*Neurol. Centralb.*, n° 8.) — Un cas de sarcome cérébral, par Russ et Negel. (*Bull. Soc. méd. de Jassy*. IV, n° 3.) — La chirurgie du cerveau, par Lyot. (*La Médecine moderne*, 18 sept.) — Un cas de chirurgie cérébrale, ses rapports avec les localisations, par Hammond. (*N.-York med. Journ.*, 27 sept.) Chirurgie des ventricules latéraux du cerveau, par Keen. (*Lancet*, 13 sept.) — Contribution à la chirurgie cérébrale (Pachyméningite et épilepsie jacksonienne, trépanation, guérison ; syphilis et épilepsie jacksonienne, trépanation, guérison), par Lanpiasi. (*La Riforma medica*, 8 mai.) — Blessure du lobe frontal gauche par un éclat de canon de fusil, par Chénieux. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 269.) — Vaste abcès du lobe frontal

droit sans paralysies ni convulsions ayant donné pendant la vie le tableau clinique de la méningite tuberculeuse, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Chirurgie du cerveau, un cas d'abcès sous-dure-mérien et un cas de kyste hémorragique avec hémiplégie guéris par la trépanation et le drainage, par MURDOCH. (*Ann. of Surg.*, p. 81.) — Abcès traumatique du cerveau, trépanation, hernie cérébrale, guérison, par LAWSON. (*Lancet*, 27 sept.)

Cervelet. — Des fonctions du cervelet, par BECHTEREW. (*Neurol. Cent.*, 1er juin.) — L'asthénie dans les maladies du cervelet, par A. LEONE. (*Sicilia medica*, n° 3, p. 144.) — Hémorragie en foyer du pédoncule cérébelleux antérieur, par BANNISTER. (*Journ. of nerv. dis.*, sept.) — Vaste foyer hémorragique du cervelet. Albuminurie, par LADREIT DE LACHARRIÈRE. (*Union médicale*, 5 juillet.)

Césarienne (Op.). — Un cas d'opération de Porro, par BALDWIN. (*Med. News*, 9 août, p. 138.) — Deux opérations césariennes conservatrices, par PICCININI. (*Ann. di Ostet.*, août-septembre.) — La question de l'opération césarienne, par RUGE. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — Trois cas d'opération césarienne, par AHLFELD. (*Berliner klinische Wochenschrift*, p. 89, 27 janvier.) — Opération césarienne chez une naine rachitique, mère et enfants vivants, par CULLINGWORTH. (*Lancet*, 17 mai.) — Sur un cas d'opération césarienne, par BÉJAN. (*Bull. Soc. méd. et nat. de Jassy*, vol. IV, n° 1, p. 7 et n° 2, p. 34.) — Une indication rare de l'opération césarienne, par COLELLA. (*Sperimentale*, octobre.) — Opération de Porro : guérison de la mère et de l'enfant, par JAMES TAYLOR. (*Brit. med. J.*, p. 736, 27 septembre.)

Champignon. — Sur la présence et la disparition du tréhalose dans les champignons, par BOURQUELOT. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Note sur la bactérie des champignons toxiques, par MAC WEENEY. (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre.)

Charbon. — Le charbon des poules, par WAGNER. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 9.) — De l'étiologie du charbon, par LINGELSHEIM. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 2.) — De la destruction des bacilles du charbon dans le corps des rats blancs, par FRANK. (*Cent. f. Bakteriol.*, VIII, n° 10.) — Étude expérimentale du rôle attribué aux cellules lymphatiques dans la protection de l'organisme contre l'invasion du bacille anthracis et dans le mécanisme de l'immunité acquise, par PHISALIX. (*Acad. des sc.*, 10 novembre.) — Pustule maligne, cautérisation, guérison, par MORELLI. (*Morgagni*, février.)

Chéloïde. — Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 11 octobre.)

Chirurgie. — De l'organisation du service chirurgical de l'hôpital de la Croix-Rousse, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, p. 519, 10 août.) — Chirurgie générale et médecine opératoire, par ARNO KRUECHE. (*Leipzig.*) — Leçons de clinique chirurgicale, par DURET. (In-8°, 87 p. *Lille.*) — État actuel de la chirurgie antiseptique, par MARCY. (*N.-York med. Journ.*, 8 novembre.) — Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Saint-Louis, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 310.) — Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1889, par TERRIER. (*Ibid.*, t. XVI, p. 196.) — Relevé des principales opérations faites dans les derniers mois de l'année 1889, par BOIS. (*Ibid.*, t. XVI, p. 406.) — Observations de chirurgie, par MOTY. (*Ibid.*, t. XVI, p. 428.)

Chlorose. — Des causes et du traitement de la chlorose, par GILBERT. (*Gaz.*

hebd. de méd., 27 septembre.) — Endocardite maligne dans la chlorose, par Girode. (*France méd.*, 30 mai.) — De la chlorose brightique, par Hays. (*La Clinique franç.*, n° 2.) — Un cas de mort par thrombose des sinus dans la chlorose, par P. Sollier. (*France médicale*, 6 juin.)

Choléra. — Expériences sur le bacille du choléra, par Roux. (*Lyon méd.*, 28 septembre.) — Sur quelques phases du développement du microbe du choléra, par Dowdeswell. (*Ann. de microg.*, septembre.) — L'association de quelques espèces distinctes de bacille virgule dans des cas de choléra à Calcutta, par Cunningham. (*Indian med. Gaz.*, n° 7.) — Sur les flagella du microbe, par Dowdeswell. (*Ann. de microg.*, mai.) — Le microbe du choléra asiatique, par Dubreuilh. (*Journ. de méd. Bordeaux,* 14 septembre.) — Note sur le choléra, par Hennessey. (*Edinburg med. Journal*, sept.) Note sur l'épidémie cholérique de 1887 à Messine, par Canalis. (*Riv. d'igiene,* n° 4.) — Le choléra en 1890, par Arnould. (*Rev. sanit. de la prov.*, n° 162.) — Le choléra et les mesures prophylactiques, par Charrin. (*Rev. gén. des sc. pures*, 30 juillet.) — Contagion et prophylaxie du choléra, par Latapie. (*Gaz. des hôp.,* 2 septembre.) — Le choléra est une névrose, conséquences thérapeutiques, par Hackin. (*Bull. gén. de thér.*, 15 octobre.) — Du salol dans le choléra, par Nicholson. (*Indian med. Gaz.*, septembre 1889.) — Traitement du choléra par les vésicatoires sur le nerf vague, par par O'Connell. (*Brit. med. Journ.*, 20 septembre.) — Recherches microphytiques sur un cas mortel de choléra nostras, par Schiavuzzi. (*Boll. soc. ital. d. microscop.,* p. 45, 1889.) — Choléra infantile, une névrose, par Harkin. (*Times and Register*, II, n° 4.) — Étiologie du choléra infantile, par Maxwell. (*Med. and surg. Reporter*, II, n° 5.) — Le choléra infantile, sa pathogénie et son traitement, par Gillet. (*Rev. gén. de clinique*, n° 28, p. 444.) — Contribution à l'étude de la swinpest, choléra des porcs, par Selander. (*Ann. Inst. Pasteur,* IV, n° 9.)

Chorée. — Chorée suivie de crises d'opisthotonos compliquées de troubles cardiaques et aphasie. Guérison par l'hypnotisme, par Pegaitaz. (*Revue méd. Suisse romande,* X, 431, juin.) — Un cas de myoclonie, chorée électrique de Bergeron, amélioration rapide par l'antipyrine, par Bouveret et Curtillet. (*Lyon méd.*, 19 octobre). — Formes anormales de chorée, probablement d'origine spinale, par Weir Mitchell et Burr. (*Americ. neurol. Assoc.*, 4 juin.) — De la chorée, par Jenkins. (*Lancet*, 30 août.) — Note sur un cas de folie choréique, par Régis. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 20 juillet.) — Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée, par Rondot, (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 8 juin.) — Chorée guérie par l'hypnotisme, par Jaffé. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 179.) — Chorée molle avec atrophie musculaire, par Raymond. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 16 mai.)

Choroïde. — De la chorio-rétinite centrale et de la choroïdite disséminée, leur traitement par les injections hypodermiques de sublimé, par Darier. (*Ann. d'ocul.*, septembre-octobre.) — Chorio-rétinite centrale survenant après une hémorragie post-partum, par Macnaugton Jones. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXII, p. 134.) — Cancer métastasique de la choroïde, du corps ciliaire et de l'iris, par Ewing. (*Arch. f. Opht.*, XXXVI.) — Nouveau traitement de la choroïdite centrale et disséminée, par Darier. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.)

Chylurie. — Cas de chylurie non tropicale, par Myers. (*Brit. med. journ.*, 13 sept.)

Cicatrice. — Du développement du tissu de cicatrice, du passage des leucocytes et du rôle des corpuscules du tissu conjonctif, par Sherrington et

BALLANCE. (*Cent. f. allg. Pathol.*, I, n° 22.) — Formation du tissu cicatritiel, par CH. SHERRINGTON et CH. BALLANCE. (*Journal of Physiology*, vol. X, p. 550.)

Cimetière. — Récupération des terrains des vieux cimetières par amendement de leur sol en prévision de nouvelles sépultures, par FERRAND. (*Lyon méd.*, 27 juillet.)

Circulation. — Faits nouveaux relatifs à la détermination expérimentale de la valeur du sphygmomanomètre, par POTAIN. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Études sphygmographiques sur le pouls des vieillards; avec remarques sur quelques modifications du sang, du cœur et du thorax, par RICHARD SCHMALZ. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 54.) — De la pléthore hydrémique, par GROSGLIK. (*Arch. de phys.*, n° 4.)

Climat. — Sur le sanatorium de Giens, par VIDAL. (*Lyon méd.*, 16 novembre.) — L'Algérie comme station sanitaire. (*Med. Press and Circ.*, XIX, p. 383.) — Le Caire et les Pyramides comme station climatérique, par SANTWITH. (*Practitioner*, septembre.) — L'Égypte, station d'hiver, par J. BURDON SANDERSON. (*Practitioner*, février.) — Sur les conditions sanitaires et hygiéniques du Sahara algérien et de l'Oued rir, par WEISGERBER. (*Rev. d'hyg. thér.*, octobre.) — Notice sur le climat du Caire, par BAROIS. (In-8°, *Le Caire*.) — Avantages climatothérapiques des côtes de Bretagne pour l'installation de sanatoria, par BARDET. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août.) — De la climatothérapie en France, par KLEIN. (*Thèse de Paris*, 13 novembre.) — Climatologie comparée de Londres et des principales stations anglaises, par THORNTON. (*Lancet*, 20 septembre.) — Des climats moyens, de celui de Pau, par LAHILLONNE. (*Cong. int. d'hydrol. Paris.* p. 397.) — Le climat de Louèche-les-Bains, par DE LA HARPE. (*Ibid.*, p. 400.) — Le climat d'Arcachon étudié à l'aide des appareils enregistreurs, par LALESQUE. (*Ibid.*, p. 403.) — Essai de climatothérapie locale, Vosges ; les stations sanitaires de montagnes, par LARDIER. (*Ibid.*, p. 417.) — Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques, par LABAT. (*Ibid.*, p. 430.) — De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine, par LEUDET. (*Ibid.*, p. 440.) — La phtisie et les climats d'altitude, par DELIGNY. (*Ibid.*, p. 448.) — De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses, par HAMEAU. (*Ibid.*, p. 452.) — Du traitement à la mer des scrofuleux et des tuberculeux, par CASSE. (*Ibid.*, p. 458.) — La tuberculose devant les eaux minérales et les climats, par CHIAIS. (*Ibid.*, p. 461.)

Cœur. — De l'innervation du cœur, par DOGIEL. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, n° 15.) — Sur la formule qui exprime le travail du cœur, par CHABRY. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Tracés cardiographiques du cœur humain, par M'DONNELL. (*Practitioner*, mars).— Influence de la chaleur sur les battements du cœur, par J.-B. UGHETTI. (*Riforma medica*, novembre 1889.) — — Sur la fonction du cœur de l'embryon, par G. FANO et F. BADANO. (*Centralblat für Physiologie*, 12 septembre 1889.) — Sur la pression du sang dans les capillaires, par J. GAD. (*Ibid.*, 28 avril 1888.) — Etude des mouvements du cœur, sur un supplicié, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Les déplacements du choc de la pointe du cœur en rapport avec les mouvements respiratoires, par LIVIERATO. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — D'un bruit musical particulier du cœur, par PINS. (*Wiener med. Woch.*, n° 42.) — Sur le rapport entre la pression artérielle et la fréquence du cœur, par FODERA. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, p. 389.). — La puissance d'action cardio-tonique des nerfs accélérateurs peut-elle aller jusqu'à la production de l'arrêt du cœur systolique, par FRANÇOIS FRANCK. (*Arch. de*

phys., n° 4.) — Application du procédé de cardiographie volumétrique auriculo-ventriculaire à l'étude de l'action cardio-tonique des nerfs accélérateurs du cœur, par François Franck. (*Ibid.*, n° 4.) — Cœur unicavitaire, transposition pulmonaire, etc., par Cipriani. (*Sperimentale*, août.) — Dextrocardie congénitale avec rétrécissement pulmonaire et absence partielle de la cloison du cœur, sans transposition des viscères, par Grunmach. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 janv.) — Un cas de dextrocardie avec transposition de tous les gros vaisseaux, par Graanboom. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2.) — Maladie bleue, communication interventriculaire, absence d'artère pulmonaire, quatre artères bronchiques, par Charrin et Le Noir. (*Soc. de biol.*, 8 nov.) — Traité clinique des maladies du cœur, par Duroziez. (In-8° 512 pages, *Paris.*) — Remarques à propos de la séméiotique du cœur, par Peter. (*Semaine méd.*, 10 sept.) — L'importance des rentrées systoliques de la pointe du cœur, par Livierato. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — Du surmenage aigu du cœur et de son traitement, par Schott. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Discussion sur les troubles fonctionnels du cœur, par Dyce Duckworth. (*Brit. med. J.*, p. 371, 16 août.) — Rapports entre la forme du pouls et la fermeture des valvules cardiaques, par von Frey. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 500, 2 juin.) — Du cœur sénile, ses symptômes, sa gravité, son traitement, par George Balfour. (*Edinburgh med. Journal*, février à juin.) — Du fonctionnement anormal du cœur sous l'influence de troubles d'innervation (palpitations, tachycardie, ralentissement du pouls), par Groedel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 467, 26 mai.) — Sur les souffles du cœur fœtal, par Bumm. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — Formes rares de thrombose cardiaque, par Osler. (*John Hopkins hosp. Rep.*, II, p. 56.) — Deux cas de thrombus sphériques du cœur, par von Ziemssen. (*Berlin. klin. Wôch.*, p. 458, 19 mai.) — Péricardite tuberculeuse, par Vinay. (*Lyon méd.*, 14 septembre.) — Trois cas de péricardite suivie de mort : deux autopsies, par Lange. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 9 août.) — La maladie de Stokes Adams, par Huchard. (*Bull. méd.*, 22 octobre.) — Un cas de systole alternante du cœur, par Unverricht. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Variabilité et différentes modalités du souffle révélateur de l'insuffisance aortique, par Marqueyrol. (*Thèse de Lyon.*) — Maladie de Corrigan avec anomalies artérielles, simulant la maladie de Hodgson ; épilepsie d'origine cardiaque, par C. Oddo. (*Marseille méd.*, n° 9, p. 577.) — Bruit présystolique de la pointe du cœur due à l'insuffisance aortique, par Lees. (*Amer. Journ. of med. sc.*, novembre.) — Pouls amygdalo-carotidien dans l'insuffisance aortique : aortisme héréditaire, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mai.) — Du pouls des veines pulmonaires dans l'insuffisance mitrale, par Duroziez. (*Union médicale*, 31 mai.) — De l'état du cœur gauche dans les lésions mitrales, par Briquet. (*Thèse de Paris*, 12 novembre.) — État du ventricule gauche dans le rétrécissement mitral, par Lenhartz. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Quelques maladies organiques non valvulaires du cœur et des artères, par Edes. (*Virginia med. Monthly*, XVI, p. 779.) — Lésions du myocarde dans les affections organiques du cœur, par Krehl. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 juin.) — De l'influence du rythme respiratoire et des adhérences pleurales sur le frottement de la péricardite, par Vinay. (*Province méd.*, 26 juillet.) — Un cas de tachycardie essentielle paroxystique, par Pechardre. (*Union méd. Nord-Est.*, n° 9.) — De la tachycardie essentielle paroxystique, par Moscato. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 71.) — Cœur faible, son traitement, par Hammond. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — La coexistence des maladies du cœur et des lésions utérines, par Williams. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — L'endocardite suivant les doctrines micro-parasitaires actuelles, par A. Viti. (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.*, série IV, vol. II.) — Un

cas d'endocardite végétante de la valvule auriculo-ventriculaire droite, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord.*, n° 11, p. 273.) — Endocardite infectieuse suite de colite, par SHATTUCK. (*Boston med. Journ.*, 24 juillet.) — Endocardite infectieuse, par ROSSIGNEUX. (*Lyon méd.*, p. 409, 20 juillet.) — De la folie cardiaque, par BALL. (*Médecine moderne*, 10 juillet.) — Traitement par le calomel de l'hydropisie dans les maladies du cœur, par GARVENS. (*Therap. Monats.*, avril.) — Mort subite par rupture d'une gomme des parois du cœur, par HUTCHINSON. (*Montreal med. chir. Soc.*, 30 mai.) — Plaie perforante du cœur, survie de 18 heures, par STIMSON. (*N.-York surg. Soc.*, 14 mai.) — Un cas de plaie du cœur, par JOSIEU. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.)

Conjonctive. — Des microorganismes du trachome, par SCHONGOLOWICZ. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 14 juillet.) — Distribution géographique des granulations de la conjonctive dans la ville de Lyon, par FERRÉ. (*Thèse de Lyon.*) — Du trachome, par RAEHLMANN et SCHMIDT-RIMPLER. (*Cong. de Berlin ; Rev. d'opht.*, n° 8.) — Influence de la race dans l'étiologie du trachome, par BURNETT. (*Ibid.*) — Répartition géographique du trachome, immunité relative de la race celte, par CHIBRET. (*Ibid.*) — De la répartition géographique du trachome, par SATTLER. (*Ibid.*) — La pathologie de la conjonctivite aiguë, par WEEKS. (*Ibid.*, n° 8.) — Traitement du trachome chronique par la transformation de la muqueuse, par NOISZEWSKI. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk*, août.) — De la conjonctivite catarrhale à forme pseudo-membraneuse, par COUSIN. (*Thèse de Lille.*) — De la tuberculose de la conjonctive, par MULLER. (*Inaug. Diss. Tubingue.*) — Un cas de tuberculose de la conjonctive, par BAYER. (*Prager med. Woch.*, n° 16.) — Le massage avec l'acide borique dans les conjonctivites palpébrales, par BEAUMONT. (*Lancet*, 18 oct.) — Du traitement de la conjonctivite granuleuse par les solutions fortes de sublimé, par DE SCHWEINITZ. (*University med. Magazine*, juillet.)

Coqueluche. — Recherches sur les bacilles de la coqueluche, par T. GUIDA. (*Giornale della Associazione dei naturalisti e medici di Napoli*, 1889, n° 1.) — Lésions localisées du système nerveux central dans la coqueluche, par TROITZKY. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 3.) — Trois cas d'infection par le staphylocoque doré dans le cours de la coqueluche, par HAUSHALTER. (*Arch. de méd. expér.*, II, n° 5.) — Sur la nature de la coqueluche et son traitement par la vaccination, par GARCIA CACHAZO. (*Gac. med. de Grenada*, p. 455, 1889.) — Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique, par BENOIST. (*Thèse de Nancy.*) — Le bromoforme contre la coqueluche, par NEUMANN. (*Therap. Monats.*, juillet.) — L'hydrate de terpine contre la coqueluche, par MANASSE. (*Therap. Monats.*, mars.)

Corne. — Corne cutanée de la région pariétale, par LE DENTU. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 233.)

Cornée. — Étude comparative des abcès de la cornée par la chaleur et le froid, par BOULLET. (*Thèse de Lyon.*) — Lésions nerveuses dans le xérosis avec héméralopie, recherches bactériologiques et anatomiques, par CIRINCIONE. (*Giorn. di neuropatol.*, VII, 4 et 5.) — Staphylome complet de la cornée, altération de l'épithélium cornéen, par VALUDE. (*Arch. d'Opht.*, n° 2.) — Prothèse cornéenne, par GUILLAUME et FORGEOT. (*Lyon méd.*, 26 octobre.)

Corps étrangers. — Corps étrangers des voies respiratoires, par WIERHUFF. (*Cent. f. Klin. Med.*, 19 juillet.) — Un cas de corps étrangers des voies respiratoires, par KEFERSTEIN. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Corps

étranger de la trachée, par Ekel. (*Pester med. chir. Presse*, n° 30.) — Trachéotomie pour corps étrangers, par Murdoch. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 5 juillet, p. 34.) — Aiguille implantée dans la bifurcation de la trachée, par Schorler. (*Deut. med. Zeit.*, 23 juin.) — Appareil de Girard pour la détermination des corps étrangers magnétiques à l'intérieur du globe oculaire, par Gallemaerts. (*Cong. de Berlin*, *Rev. d'opht.*, n° 8.) — Un cas de corps étranger dans la cavité tympanique, par Mandelstamm. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXI, 1 et 2.) — Pièce dentaire avalée. Laparotomie exploratrice. Issue de la pièce par le rectum. Guérison, par Hedrich. (*Gaz. méd. Strasbourg.*, 1er juillet.) — Passage d'un morceau de verre acéré, mesurant un tiers de pouce de longueur, à travers l'intestin, sans accident, par Flint. (*N.-York med. Journ.*, p. 262, 8 mars.) — Corps étranger rare (tige à drainage) dans la vessie, par Hilldebrandt. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Corps étrangers des organes génitaux et de la vessie, par Diefenbach. (In-8° *Tubingue.*)

Crâne. — Anatomie topographique mastoïdienne, par Birmingham. (*Brit. med. Journ.*, 20 septembre.) — Travaux récents en topographie cranio-cérébrale, par Debierre. (*Gaz. hebd. de méd.*, 31 mai.) — Physiologie des sinus aériens du crâne, par Sandmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 357.) — Expérience récente sur le diagnostic et le traitement des lésions craniennes et spinales, par Pilcher. (*Annals of Surg.*, n° 3.) — De la cécité immédiate d'un côté dans certaines fractures de la base du crâne, par Koller. (*N.-York med. Journ.*, p. 406, 12 avril.) — Méningite basilaire à la suite d'une fracture du crâne, par Hoffmann. (*München. med. Woch.*, n° 21.) — Pulsations cérébrales dans les fractures pénétrantes du crâne, par Braun. (*Cent. f. Chir.*, 15 novembre.) — Des lésions intra-craniennes, par Keen. (*Med. News*, 1er novembre.) — Deux cas de fracture du crâne traitées par la trépanation (une guérison), par Th. Manley. (*Ibid.*, 4 octobre.) — Coup de feu du crâne : guérison, la balle demeurant dans le cerveau, par Lee Mc Cornas. (*Journ. of amer med. Assoc.*, 9 août, p. 209.) — Sur la résection temporaire et partielle de la voûte du crâne, par J. Justo. (*Anales de la Univers. de Buenos Aires*, tome V.) — Contusion du crâne datant de dix mois. Céphalalgie rebelle et grave. Trépanation, amélioration rapide. Guérison datant de neuf mois, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 305.) — Un cas de double céphalématome, par Barton Cooke Hirst. (*Med. News*, 13 septembre, p. 265.) — Sur un nouveau craniomètre-craniographe, par Tebaldi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 3.)

Cristallin. — De l'opération de la cataracte chez les malades ambulants et de la responsabilité médicale qu'elle entraîne, par Rolland. (*Poitou méd.*, juin.) — Sur les procédés modernes d'extraction de la cataracte, par Lee. (*Lancet*, 16 août.) — De l'opération de la cataracte, traitement consécutif, par Chisolm. (*Lancet*, 30 août.) — L'opération de la cataracte sans iridectomie, par Valk. (*N.-York med. Journ.*, p. 431, 19 avril.) — Cinquante opérations de cataracte par une nouvelle méthode, par Chandler. (*Boston med. Journ.*, 16 octobre.) — Sur le traitement opératoire de la cataracte secondaire, nouvelle pince-ciseaux pour pratiquer l'irido-capsulotomie, par Vignes. (*Cong. de Berlin ; Rev. d'opht.*, n° 8.) — Sur le traitement de la capsule pendant et après l'extraction de la cataracte. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.) — Le traitement post-opératoire de la cataracte par un pansement adhésif et dans des chambres claires, par Chisolm. (*Ibid.*) — Des conditions de succès dans l'opération de la cataracte, par Grand-Clément. (*Lyon méd.*, 20 juillet.) — La cataracte chez les jeunes sujets, par Dolard. (*Thèse de Lyon.*) — Analyse de cent cas d'extraction de cataracte, par Neve. (*Lancet*, 25 octobre.) — Opération de cataracte sans iri-

dectomie, ablation du cristallin par injection, par CANT. (*Ibid.*) — La cataracte produite par la naphtaline, par SOCOR. (*Bull. Soc. méd. et nat. de Jassy*, vol. IV, n° 2, p. 40.) — Capsulotomie préliminaire dans l'opération de la cataracte, par TYNER. (*N.-York med. Journ.*, 20 sept.) — De l'hérédité de la cataracte, par FUKALA. (*Int. klin. Rundschau*, 23 juillet.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la cataracte, par SCHIRMER. (*Arch. f. Opht.*, XXXVI, 1.) — Contribution à l'anatomie pathologique des yeux atrophiés et spécialement de la dégénérescence hyaline de l'épithélium pigmenté et d'une altération spéciale de la lentille cristallinienne, par P. SGROSSO. (*Riforma medica*, 21 et 23 juin.) — Désordres cérébraux consécutifs à l'opération de la cataracte, par BOURGEOIS. (*Union méd. Nord-Est*, n° 8, p. 272.) — Extraction du cristallin luxé dans le corps vitré, par STEDMAN BULL. (*N.-York med. Journ.*, 6 septembre.) — Luxation traumatique du cristallin, par WEBSTER. (*N.-York med. Journ.*, 13 septembre.)

Cysticerque. — Un cas de cysticerque solitaire de la région cervicale, par GURSKY. (*Inaug. Diss. Greifswald.*) — Un cas de cysticerque du corps vitré, par MAGAWLY. (*Westnik Ophtalm.*, janvier.) — Étude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme, par BITOT et SABRAZÈS. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 juillet.)

D

Daltonisme. — L'examen de l'achromatopsie par GROSSMANN. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opt.*, *n°* 8.) Idem par LIEBRECHT. (*Ibid.*)

Démographie. — Profession et natalité par DUMONT. (*Rev. scientif.*, 16 août.) — Des moyens propres à rendre moins faible l'accroissement de la population de la France en restreignant ses fâcheuses conditions démographiques, par LAGNEAU. (*Bull. Acad. de méd.*, juin et juillet.) — La fécondité de la population française comparée à celle des autres populations, par LEVASSEUR. (*Semaine méd.*, 17 septembre.)

Dengue. — La dengue à Smyrne en 1880, par CRENDIROPOULOS. (*Bull. gén. de thér.*, 15 novembre.) — Un cas de dengue à Budapest, par STILLER. (*Orvosi hedilap.*, n° 7.)

Désinfection. — Des procédés de désinfection (le meilleur, le chlore), par GEPPERT. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mars). — Devoirs de la désinfection, par WOLFF. (*Berlin.*) — De la désinfection des sondes élastiques, par GUETERBOCK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 550, 16 juin.) — Essai sur la désinfection par l'acide sulfureux, par THOINOT. (*Bull. méd.*, 31 août.) — Sur la valeur désinfectante de l'acide sulfureux, par THOINOT. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 8.) — Désinfection des mains, par BOLL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 854.) — De l'appareil à désinfection par la vapeur de Budenberg, par MARTIN HALM. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, p. 240.) — De la rétention de la vapeur d'eau dans les appareils de désinfection, par FROSCH et CLARENBACH. (*Zeit. f. Hyg.*, IX, 1.)

Diabète. — L'anatomie pathologique du diabète, par SAUNDBY. (*Brit. med. Journ.*, 23 août.) — Recherche chimique de la glycosurie, par JOLLES, (*Int. klin. Rundschau*, 3 août.) — Sur la production du diabète sucré après

l'extirpation du pancréas, par Hédon. (*Soc. de biol.*, 25 octobre.) — Le diabète maigre d'origine pancréatique, par Romme. (*Tribune méd.*, 9 novembre.) — Lésions du pancréas dans le diabète, par Lépine. (*Lyon méd.*, p. 546, 17 août.) — De la glycosurie consécutive à l'extirpation du plexus cœliaque, par Peiper. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Etat des fonctions de l'estomac dans le diabète, par Gans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 458, 19 mai.) — Diabète sucré chez une jeune fille de dix ans, par L. Galliard. (*France médicale*, 6 juin.) — Sur une forme particulière de diabète, par Hirschfeld. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, n° 10.) — Du coma diabétique, par Lubinus. (In-8°, 25 p., *Kiel.*) — Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques, par Glénard. (*Lyon méd.*, 20 avril et suivants.) — Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques, par Auché. (*Arch. de méd. exp.*, II, n° 5.) — De la cystite chez les diabétiques, par Schmitz. (*Berl. klin. Woch.*, 9 juin.) — Origine et traitement du diabète sucré, leçon de H. de Renzi. (*Riforma medica*, 21 août.) — Contribution à la symptomatologie et au traitement du diabète, par Jaques Mayer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 457, 19 mai.) — Le traitement diététique du diabète, par Rémond. (*Gaz des hôp.*, 16 septembre.) — Traitement du diabète et de la polyurie, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thér.*, 15 août.) — Traitement du diabète sucré par la solution d'hippurate de chaux basique, par Poulet. (*Bull. gén. de thér.*, 30 octobre.) — Un cas de diabète sucré, injections d'ergotinine et alcalins sans modification au régime alimentaire, guérison rapide qui se maintient depuis six mois, par Laurens. (*Bull. gén. de thér.*, 30 octobre.) — Coma diabétique, injections salines intraveineuses, mort, par Chadbourne. (*Boston med. Journ.*, 26 juin.) — Coma diabétique traité par les injections salines intraveineuses, amélioration momentanée, mort, par Dickinson. (*Brit. med. J.*, p. 545, mars.)

Digestion. — Digestion de l'hydre et observations sur l'endoderme, par M. Greenwood. (*Journal of Physiology.*, vol. IX, p. 317.) — Nouvelles recherches sur la digestion chloroformique, par de Marbaix et Denys. (*La Cellule*, VI, 1.) — Les digestions naturelles et artificielles, par Lea. (*Americ. Journ. of Pharm.*, août.)

Diphtérie. — La diphtérie à Baume-les-Dames, par Boiteux. (*Broch.*, *Besançon.*) — La rougeole et la diphtérie à l'hôpital des enfants assistés en 1889, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mai.) — Epidémie de diphtérie, contagion par le lait, par Flindt. (*Ugeskrift for Lœger.*, 26 avril.) — De la diphtérie à Nancy, par P. Parisot. (*Revue méd. de l'Est*, n° 13, p. 393.) — Épidémie de diphtérie par Lys. (*Lancet*, 8 novembre.) — Recherches sur l'étiologie de la diphtérie, relation de l'épidémie lyonnaise des six premiers mois de 1889, par Rossigneux. (*Thèse de Lyon.*) — La diphtérie à l'hôpital des enfants, par Saint-Philippe. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 7 septembre.) — Statistique des trois premières années du service des diphtériques à l'hospice de la charité de Lyon, par Rabot. (*Lyon méd.*, 6 juillet.) — Histoire d'une épidémie d'angine diphtéritique dans la commune de Belfiore, par Carotti. (*Gaz. d. ospit.*, n° 37.) — De la diphtérie chez l'homme et les animaux, par Davison. (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre.) — Influence de la qualité du sol sur la diffusion de la diphtérie, par Thoresen (*Deut. med. Zeit.*, n° 24.) — Recherches bactériologiques sur l'étiologie de la diphtérie, par Beck. (*Zeit. f. Hygiene*, VIII, 3.) — Remarques sur la diphtérie et le croup par Forralba (*Cronica. med. quir. Havane*, janvier.) — Discussion sur le croup et la diphtérie. (*Americ. med. Assoc.*, 22 mai.) — Diphtérie pendant la grossesse, par Durand. (*Lyon. méd.* p. 271, 22 juin.) — De l'infection tertiaire dans le croup, par Goldstein. (*Int. klin. Runds-*

chau, n° 31.) — Sténose laryngée, consécutive à la diphtérie, par THOST. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — A propos d'un cas de trachéotomie pour croup chez un enfant de 18 mois, guéri par DIDIER. (*Lyon. méd.*, 20 juillet.) — Tubage du larynx dans un cas de diphtérie, par BARLOU. (*Lancet*, 20 septembre.) — Diphtérie du méat urinaire, par BROWN. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Du traitement de la diphtérie, par CORNEILLE-SAINT-MARIC. (*Poitou méd.*, juin.) — Traitement de la diphtérie de la gorge, par MAYER. (*Therap. Monats.*, novembre.) — Note sur le traitement de la diphtérie, par TISNÉ. (*France médicale*, 14 mars.) — Le traitement du croup, par BROTHERS. (*N.-York. med. Journ.*, p. 60, 18 janvier.) — Du traitement de la diphtérie et de la scarlatine, par l'inoculation des microbes de l'erysipèle, insuccès, par TRIWOUSSE. (*Gaz. des hôp.*, 9 septembre.) — Traitement de la diphtérie, par l'inoculation de l'érysipèle, par BABTSCHINSKY. (*Inter. klinische Rundschau.*) — Traitement de la diphtérie, par M. HERRERA. (*Revista de ciencias med. Havane*, 20 avril.) — Du traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer, par ZINNIS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 30 août.) — Traitement de la diphtérie, par WOLF. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Traitement de la dipthtérie et des paralysies consécutives, par HENDRIE LLYOD. (*Med. News*, 9 août, p. 135.) — De l'emploi du gavage dans la paralysie diphtéritique limitée au voile du palais et au pharynx, par FAGUET. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 19 octobre.)

Dysenterie. — Traitement de la dysenterie des pays chauds par lavages antiseptiques du gros intestin, par LE DANTEC. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — Valeur de la solution saturée des sels d'Epsom dans le traitement de la dysenterie aiguë, par LEAHY. (*Lancet*, 4 octobre.)

E

Eau. — L'analyse organique des eaux potables, par BLAIR. (In-8°, *Londres.*) — De la numération des espèces de bactéries dans l'analyse des eaux potables, par MIGULA. (*Centr. f. Bakter.*, VIII, n° 12.) — Influence de l'usage de l'eau comme boisson sur la sécrétion de l'acide urique, par B. SCHÖNDORF. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLVI, p. 529.) — Recherches bactériologiques et considérations hygiéniques sur l'eau de la ville d'Amiens, par MALJEAN. (*Gaz. méd. Picardie*, avril.) — L'eau pure à Paris, par EMILE TRÉLAT. (Critique de la double canalisation et des filtres à sable proposés.) (*Revue d'hyg.*, XII, 316, avril.) — Variations de composition de l'eau dans divers points de la canalisation à Paris, par A. LIVACHE. (*Ibid.*, avril.) — Recherches sur les microbes pathogènes des eaux potables distribuées à la ville de Lyon, par LORTET et DESPEIGNES. (*Ibid.*, mai.) — Historique et état actuel des eaux potables de Constantinople. (*Cong. int. d'hydrol.*, *Paris.*) — Des filtres à eau potable à Saint-Pétersbourg et à Varsovie, par TEISSIER. (*Lyon méd.*, 16 novembre.) — Altération dans un conduit d'eau potable par le développement de la chrenothrix kuhniana, par BENTIVEGNA et SCLAVO. (*Rivista d'igiene*, n° 1.)

Eaux minérales. — Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux, par CONSTANTIN PAUL. (*Cong. int. d'hydrol. et de climat.*, *Paris.*) — Influence de l'eau froide ou chaude et de l'action mécanique sur la circulation, par WINTERNITZ. (*Ibid.*,

p. 39.) — Les cardiopathes à Bagnères-de-Bigorre, par Gandy. (*Ibid.*, p. 46). — Du traitement des maladies du cœur à Bagnols-les-Bains, par Bourillon. (*Ibid.*, p. 53). — Les maladies du cœur et les eaux d'Evian, par Chiaïs. (*Ibid.*, p. 56.) — Indications et contre-indications du traitement thermal chez les rhumatisants cardiopathes, par Blanc. (*Ibid.*, p. 61.) — Le traitement hydriatique et climatérique des cardiopathies, par Liégeois. (*Ibid.*, p. 64.) — Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans les maladies choniques des reins, par Bouloumié. (*Ibid.*, p. 86.) — De l'oxalurie rénale étudiée à Contrexéville, par Debout d'Estrées. (*Ibid.*, p. 96.) — Les eaux de Cauterets dans le traitement de l'albuminurie, par Duhourcau. (*Ibid.*, p. 102.) — L'albuminurie est-elle une contre-indication à l'emploi des eaux de Vichy, par Souligoux. (*Ibid.*, p. 106.) — Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves, par Caulet. (*Ibid.*, p. 113.) — Idem, par de Ranse. (*Ibid.*, p. 115.) — Traitement du rachitisme et de la scrofule, par l'hydrothérapie marine en hiver, par de Valcourt. (*Ibid.*, p. 159.) — Des douches locales en balnéothérapie, par Beni Barde. (*Cong. int. d'hydrol.*, *Paris.*) — Idem, par Sénac-Lagrange. (*Ibid.*, p. 177.) — De l'influence des bains salins à 3 0/0 et des bains simples à 35° sur la constitution normale et le chimisme normal de l'homme, par Keller. (*Ibid.*, p. 186.) — Avant et après la cure, chimie biologique, par Morice. (*Ibid.*, p. 196.) — Sur le mode d'action des eaux d'Evian, par Chiaïs. (*Ibid.*, p. 203.) — Idem, par Bordet. (*Ibid.*, p. 209). — De l'action de l'eau de Vittel sur la nutrition, par Rodet. (*Ibid.*, p. 210.) — Anémie, cachexie alcaline, par Coignard. (*Ibid.*, p. 218.) — Des eaux thermales de Chaudfontaine, par Félix. (*Ibid.*, p. 222.) — La station balnéaire de Lacul-Sarat, par Apostoleano. (*Ibid.*, p. 227.) — Les eaux thermales d'Acquarossa, par Soffiantini. (*Ibid.*, p. 230.) — Les boues minérales de Spa, par Poskin. (*Ibid.*, p. 231.) — Physiologie des bains de sable, par Suchard. (*Ibid.*, p. 238.) — De la durée d'une cure thermale, par de Ranse. (*Ibid.*, p. 246.) — Des microorganismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés des eaux, par Schlemmer. (*Ibid.*, p. 283.) — De l'action antibacillaire des eaux sulfureuses silicatées contre la tuberculose, par Duhourcau. (*Ibid.*, p. 299.) — De l'origine des gaz contenus dans les eaux minérales et de la part qui leur revient dans les propriétés de ces eaux, par Labat. (*Ibid.*, p. 301.) — Les eaux du Mexique, par Morales. (*Ibid.*, p. 343.) — Les eaux ferrugineuses de la ville de la Guadalupe et du Mexique, par Liceaga. (*Ibid.*, p. 348.) — Histoire médicale de la source sulfureuse de Laraillère employée en boisson, par Guinier. (*Montpellier méd.*, 1er août.) — Etude des eaux sulfureuses, par de Tymowski. (*Broch.*, *Paris.*) — La source d'eau alcaline thermale de Siriu (Roumanie), par Saabner-Tuduri. (*Bull. Soc. méd. et nat. de Jassy*, vol. IV, n° 2, p. 45.) — Valeur thérapeutique des eaux minérales sulfato-sodiques, par Sterk. (*Wien. med. Presse*, n° 13, p. 496.) — De l'action des eaux de Vittel sur les oxydations, par Rodet. (*Revue méd. de l'Est*, n° 16, p. 502.)

Éclampsie. — Eclampsie puerpérale, 65 cas, par Trimble. (*Americ. Jour. of obst.*, août.) — Eclampsie puerpérale six jours après la délivrance, mort, par Jacobsen. (*Lancet*, 23 août.) — Eclampsie mortelle quinze jours après l'accouchement, par C. Moore. (*Med. News*, 11 octobre.) — Note sur 5 cas d'éclampsie, par Leblond. (*Nouv. arch. d'obst.*, septembre.) — Cinq cas d'urémie dans la grossesse, par Swift. (*Boston med. Journ.*, 26 juin.) — Quinze cas d'éclampsie puerpérale, par Meacham. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 23 août, p. 274.) — Cas de convulsions puerpérales, par Duff, Connell, etc. (*Ibid.*, 7 août.) — Pathogénie de l'éclampsie, par Blanc. (*Lyon méd.*, 21 septembre.)

Ecthyma. — Anatomie pathologique et pathogénie de l'ecthyma, par LELOIR et VIDAL. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 novembre.)

Électricité. — Manuel d'électrothérapie de Pierson-Sperling (5e édit. revue par A. SPERLING). (*Leipzig.*) — Manuel d'électrothérapie gynécologique d'après la méthode Apostoli, par BRIVOIS. (In-18, *Paris.*) — Du courant galvanique constant en gynécologie, par APOSTOLI. (*Cong. de Berlin, Ann. de gyn.*, août.) — Du traitement par l'électricité en gynécologie, par JOHN W. TAYLOR. (*Practitioner*, mai.) — Ventouse électrique pour provoquer les contractions utérines, par W. FREUND. (*Centr. für Gyn.*, 28 juin.) — Recherches avec la ventouse électrique, par AMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 25 octobre.) — Traitement des affections pelviennes par l'électricité, par MURRAY. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Electrode pour le périnée, par L. STEMBO. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 mai, p. 453.) — Sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements, par LOMBARD. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Le rôle de l'électricité comme agent thérapeutique, par PRINCE. (*Boston med. Journ.*, 2 octobre.) — Le courant d'Edison dans la pratique médicale, par PIFFARD. (*N.-York med. Journ.*, p. 618, 7 juin.) — Rôle de l'électricité statique en médecine, par JAMES MORTON. (*New-York med. Record*, p. 609, 31 mai.) — Les rhéostats, leur emploi dans l'électrodiagnostic et l'électrothérapie, par LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse,* n° 17, p. 661.) — Appareil électrique pour l'éclairage de l'oreille, du nez, de la gorge, etc., par TRAUTMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 311.) — La mort par les courants électriques, par TATUM. (*N.-York med. Journ.*, p. 207, 22 février.)

Elephantiasis. — Eléphantiasis télangiectode, par SAVILL. (*Lancet*, 8 novembre.) — Eléphantiasis congénital, par MOURE. (*Münch. med. Woch.*, n° 29.)

Embolie. — Embolie de l'artère rénale, par BARTH. (*Münch. med. Woch.*, n° 17.)

Embryologie. — De la migration externe de l'œuf, par VICARELLI. (*Ann. di ostet.*, octobre.) — La fécondation et l'hérédité telles qu'on doit les comprendre d'après les derniers travaux, par DEBIERRE. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 novembre.) — Planches d'embryogénie et d'anatomie topographique humaines, par ARNOLD BRASS. (*Leipzig.*)

Empoisonnement. — Deux cas d'empoisonnement par l'atropine, par OWENS. (*Lancet*, 30 août.) — Empoisonnement par l'atropine guéri par des injections morphinées chez l'enfant, par HOLZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 528, 9 juin.) — Empoisonnement par le sulfate d'atropine, par AXTELL. (*N.-York med. Journ.*, p. 146, 8 février.) — Empoisonnement par l'atropine en instillations dans l'iritis, par NUNNELEY. (*Brit. med. Journ.*, 15 novembre.) — Accidents par injection de 20 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne (lipothymie), par HALTENHOFF. — Accidents par injection de 15 milligrammes de pilocarpine (sueurs froides, angoisse mortelle, par HALTENHOFF. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 274, avril.) — Empoisonnement par la cocaïne, un drachme et demi d'une solution à 3 0/0 dans le rectum, par GARCIN. (*Richmond Acad. of med.*, 26 août.) — Symptômes d'intoxication à la suite d'une injection de chlorhydrate de cocaïne dans la caisse du tympan, par SCHWABACH. (*Therap. Monats.*, mars.) — Effets toxiques de la cocaïne, par WESSINGER. (*N.-York med. Journ.*, 18 janvier.) — De la morphinomanie, par BALL. (*Bull. méd.*, 12 octobre.) — L'abstinence de la morphine, par BALL. (*Bull. méd.*, 15 octobre.) — Traitement de la morphinomanie, par MATTISON. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Deux cas d'empoisonnement par l'aconit, par MC WHANNELL.

(*Brit. med. Journ.*, 4 octobre.) — Sur un cas d'empoisonnement par l'aconit, par Edson. (*N.-York med. Record*, 27 septembre.) — Empoisonnement par l'aconit, par Dawson. (*Med. and surg. Rep.*, LXVII, p. 7.) — Un cas d'empoisonnement par le café, par Otto Müller. (*Therap. Monats.*, juin.) — Empoisonnement par la strychnine, par Cooke. (*Lancet*, 8 novembre.) — Empoisonnement par la nicotine, par Johnson. (*Lancet*, 16 août.) — Empoisonnement par la chlorodyne, guérison, par Dickinson. (*Lancet*, 27 septembre.) — Empoisonnement par les champignons, par Forster. (*Boston med. Journ.*, 18 septembre.) — Des paralysies consécutives à l'empoisonnement par la vapeur du charbon, par Boulloche. (*Arch. de neurol.*, n° 59.) — Observation d'empoisonnement par la paraffine, par Carruthers. (*Lancet*, 30 août.) — Intoxication phéniquée à la suite d'une injection vaginale, par Savornin. (*La Clinique franç.*, n° 2.) — Des troubles secondaires et des intoxications produits par les nouveaux médicaments, exalgine, bromethyle, cocaïne (pour la cocaïne, relevé de 176 cas), par Falk. (*Therap. Monats.*, août, septembre, octobre.) — De l'intoxication iodoformique à la suite des pansements iodoformés ou de l'usage prolongé de l'iodoforme à l'intérieur, par Rossignol. (*Thèse de Paris*, 13 novembre.) — De l'intoxication iodoformée consécutive au tamponnement péritonéal de Mikulicz, 5 cas, par Audry. (*Lyon méd.*, 16 novembre.) — Le naphtol B comme antiseptique, intoxication grave, guérison, par Desguin. (*Ann. Soc. méd., Anvers*, juin.) — Un cas d'intoxication par l'antipyrine avec formation de fausses membranes dans la bouche et spasmes laryngés, par Salinger. (*Americ. Journ. of med. sc.*, mai.) — Un cas d'empoisonnement par le *Filix mas*, par Schlier. (*Münch. med. Woch.*, n° 32.) — Développement et traitement de l'iodisme aigu, par Röhmann et Malachowski. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Bromuromanie, par Holmden. (*Lancet*, 18 octobre.) — Empoisonnement par le cyanure de potassium, par Heslop. (*Brit. med. Journ.*, 15 novembre.) — Tentative de suicide par l'acide hydrocyanique, guérison, par Henry Shively. (*Americ. Journ. of the med.*, juillet, p. 47.) — Empoisonnement par l'acide sulfurique; le 8e jour, vomissement d'un fragment mortifié de la région pylorique, par Brettner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 414 et 415, 5 mai.) — Empoisonnement par le sulfate de zinc, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, n° 12, p. 297.) — Empoisonnement par le bichromate de potasse, guérison, par Bullock. (*Lancet*, 13 septembre.) — De la localisation du mercure dans l'organisme à la suite de l'empoisonnement par le sublimé, par Ludwig et Zillner. (*Wien. klin. Woch.*, nos 49, 1889, et 28, 1890.)

Enfant. — Traité des maladies de l'enfance d'Alfred Vogel, 10e édition, complètement refondue, par Philipp Biedert. (*Stuttgart.*) — Leçons sur les maladies des enfants, par E. Henoch. (5e édition, *Berlin.*) — Les maladies de l'enfance et de l'adolescence, par Ballantyne. (*Lancet*, 1er novembre.) — Le nouveau-né, physiologie, hygiène, alimentation, par Auvard. (*Wood's med. and surg. monog.*, octobre.) — Visite au dispensaire Furtado-Heine. Des dispensaires pour enfants malades en général. (*Union méd. Nord-Est*, n° 8, p. 276.) — Nouveau modele de couveuse pour enfants, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Des rapports entre le diamètre du crâne de la mère et de l'enfant, par V. Skalkowski. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVIII, 3.) — La tête de l'enfant à la naissance, par Ballantyne. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — Mensuration de la tête fœtale, par Herman. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Des rapports des viscères abdominaux chez l'enfant, par Ballantyne. (*Edinburgh. med. Journ.*, octobre.) — Des soins hygiéniques à donner aux enfants malades, par Périer. (*Rev. d'hyg. thér.*, novembre.) — De la valeur du lait de vache pour l'alimentation des nouveau-nés, par Neebe. (*Therap. Monats.*, sep-

tembre.) — De l'alimentation infantile, par MARSHALL. (*New-York med. Journ.*, 30 août.) — Une réforme dans l'alimentation artificielle des enfants (stérilisateur et biberons), par SEIBERT. (*N.-York med. Journ.*, p. 172, 15 février.) — Inconvénients de la station assise droite chez les enfants, par W. SCHULTHESS. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 281, 1er mai.) — Remarques sur la sécrétion lactée chez les nouveau-nés, par VARIOT. (*Gaz. méd. Paris*, 4 octobre.) — De la sécrétion lactée et des abcès du sein chez les nouveau-nés, par SEJOURNET. (*Union méd. Nord-Est*, n° 7, p. 248.) — Des modifications de forme du thorax chez l'enfant, par SWOBODA. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 3.) — Des difformités qui se développent dans le jeune âge, par ARBUTHNOT LANE. (*Lancet*, 9 août.) — — Convulsions chez un enfant nourri par une mère frappée d'une vive émotion, par CH. PACKARD. (*N.-York med. Record*, p. 581, 24 mai.) — Etude des paralysies atrophiques de l'enfance, par VAN BIEMA. (In-8°, *Tubingen.*) — Des contractions spastiques des membres chez les nouveau-nés, par FEER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 3.) — Hémiplégie spasmodique infantile, par FERÉ. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, n° 2, p. 82.) — Hémiplégie infantile, par MICHEL DANSAC. (*Bull. Soc. anat.*, p. 145, 7 mars.) — Tuberculose pulmonaire chez trois jeunes enfants, par KERLEY. (*N.-York med. Journ.*, p. 518, 10 août.) — Thrombose spontanée de la veine cave inférieure dans le cours de la tuberculose infantile, par PERRET. (*Province méd.*, 14 juin.) — Diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse, par HUTINEL. (*Semaine méd.*,, 17 septembre.) — Valeur séméiologique des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires de l'enfance, par ALDIBERT. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, septembre.) — Pneumonie fibreuse chez l'enfant, par JOHN PLAYFAIR. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — Réflexions sur la pleurésie à propos de 3 cas observés chez l'enfant, par BAUMEL. (*Gaz. hebd.*, *Montpellier*, 18 octobre.) — Quatre cas d'empyème chez l'enfant, par GUMPLOWICZ. (*Prager med. Woch.*, n° 21.) — Des suppurations secondaires dans l'empyème chez les enfants, par HAGENBACH-BURCKHARDT. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 3.) — De l'empyème chez les enfants, traitement chirurgical, par FOLTANEK. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 3.) — L'auscultation du cœur chez les enfants, par CARL HOCHSINGER. (*Vienne.*) — Du rétrécissement mitral dans l'enfance, par EDWARDS. (*Med. News*, 23 août.) — Anévrismes dans le jeune âge, par JACOBI. (*Arch. of pediat.*, VII, p. 161.) — Hémoglobinurie aiguë chez un nouveau-né, par HIRST. — Étude pathologique, par ALRICH, HATCH et SMITH. (*Univ. med. Magaz.*, II, p. 205.) — De l'anémie pernicieuse chez les enfants, par D'ESPINE et PICOT. (*Rev. de méd.*, octobre.) — La leucocythémie chez les enfants au-dessous de deux ans, par CHAUMIER. (*Poitou méd.*, septembre.) — Myxœdème chez l'enfant, par GARRÉ. (*Beit. zur klin. Chir.*, VI, 2.) — Du diagnostic des stomatites et de l'examen de la bouche chez les enfants, par EUG. DESCHAMPS. (*France méd.*, 31 janvier.) — Tuberculose générale chez un enfant, infection primitive de l'intestin, par WIL. NORTHRUP. (*Americ. J. of the med. sc.*, p. 268, septembre.) — Traitement de la diarrhée infantile, par l'enveloppement humide, par HIRSCH. (*Med. Obosren.*, n° 12.) — Traitement de la diarrhée du jeune âge, par H. DURGHT CHAPIN. (*N.-York med. Record*, 21 juin.) — Traitement diététique des troubles digestifs chez les petits enfants, par RHEINER. (*Ther. Monats.*, avril.) — Dysenterie épidémique chez les jeunes enfants, par ADAMS. (*Americ. Journ. of obst.*, août.) — Observation de melæna des nouveau-nés avec recherches sur la diathèse hémorragique congénitale, par NEUMANN. (*Arch. f. Kinderh.*, XII, 1 et 2.) — Fièvre typhoïde à rechute chez une enfant de 11 ans, ayant nécessité l'administration de 327 bains froids, par LACOUR. (*Lyon méd.*, 16 novembre.) — Deux observations de fièvre typhoïde chez l'enfant, terminée par la perforation, par RABOT. (*Province*

méd., 30 août.) — Action des antithermiques dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, par Nedzwiecki. (*Vratch*, 19 juillet.) — Du rhumatisme aigu chez les enfants, par Parsons. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 60, 12 juillet.) — De l'antipyrine chez les enfants, par H. Dessai. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 887, 21 juin.) — De la polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux, par Mirinesco. (*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — Les opérations pour les maladies des os chez les enfants, par Gibney. (*N.-York med. Journ.*, 16 août.) — Tuberculose rénale chez un enfant de 2 ans 1/2, par Kuemmel. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Prolapsus de l'urètre chez une fillette, par Coley. (*Brit. med. Journ.*, 1er novembre.) — Calcul urétral chez un enfant de 3 ans, par Crandall. (*N.-York med. Journ.*, 26 juillet.) — Litholapaxie chez l'enfant, par Keegan. (*Lancet*, 4 octobre.) — Taille sus-pubienne chez un enfant de 12 ans, par Post. (*Boston med. Journ.*, 23 octobre.) — Polype muqueux de la vessie chez un enfant de 4 ans et demi. Ablation par la taille sus-pubienne ; mort au 23e jour, par Batchelor. (*Med. News*, 19 juillet, p. 65.) — L'opération des hernies étranglées chez les jeunes enfants, par Knobloch. (59 p. *Tubingue.*) — Squirrhe du rectum chez un enfant de 13 ans, par Michaux. (*Acad. of med. Richmond*, 8 juillet.)

Épilepsie. — La pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie, par Hare. (*Mém. couron. Acad. de méd., Belgique*, X, 2e fasc.). — Sur les injections intra-veineuses d'urines épileptiques, par Féré. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) De l'épilepsie chez les vieillards, par Jabot. (*Thèse de Nancy.*) — Sur un cas de ralentissement du pouls avec accès épileptiformes, par Beckler. (*Münch. med. Woch.*, 10 juin.) — Des contractures chez les épileptiques, par G. Lemoine. (*La Médecine moderne*, 24 juillet.) — Un cas d'épilepsie hémiplégique probablement diabétique, simulant un abcès cérébral, par Abbe. (*N.-York med. Journ.*, 9 août.) — Épilepsie traumatique datant de 4 ans chez un enfant. Trépanation du crâne, par Roux. (*Rev. médic. Suisse romande*, X, 436, juin.) — Épilepsie, ligature de l'artère vertébrale, par Telford Smith. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.) — Trépanation tardive dans un cas d'épilepsie jacksonienne, par Boucher. (*Normandie méd.*, 1er septembre.) — La cinchonidinie, contribution à la pathogénie de l'épilepsie, par Gallerani et Lussana. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 3.)

Épithéliome. — Sur la présence d'éléments semblables aux psorospermies dans l'épithélioma pavimenteux, par Vincent. (*Ann. de microg.*, n° 10.) — Note sur le cellulome épithélial éruptif, par Quinquaud. (*Congrès intern. de derm., Paris.*) — De la multiplicité des cancroïdes de la peau et des muqueuses, par Gerwe. (In-8°, *Tubingue.*) — Sur la signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes, par Borrel. (*Arch. de méd. expér.*, II, 6.) — Guérison de l'épithélioma d'origine sébacée par la résorcine, par Chasseaud. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre.) — Contribution à l'étude des cylindromes, par G. Cirincione. *Giornale dell' Associaz. dei Naturalisti e Medici di Napoli*, anno I, fasc. 4.)

Érysipèle. — Modifications du sérum à la suite de l'érysipèle, par Roger. (*Soc. de biol.*, 25 octobre.) — Un cas d'érysipèle généralisé, par Favre. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 431, juin.) — Érysipèle infectieux et broncho-pneumonie érysipélateuse primitive, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — Contagion de l'érysipèle par la main du médecin, par Latil. (*Revue gén. de clinique*, n° 29, p. 465.) — La multiplicité des méthodes de traitement de l'érysipèle, les indications actuelles de la méthode des solutions au 1000e de sublimé, par Calliano. (*Gaz. d. ospit.*, n° 56.) — Traitement de l'érysipèle de la face, par Rosenthal. (*Therap. Monats.*,

mars.) — Traitement de l'érysipèle de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé, par Lory. (*Médecine moderne,* 8 mai.) — Traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée et les badigeonnages d'éther camphré, par Tison. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.)

Érythème. — Érythème exsudatif, par Punsplun. (*Münch. med. Woch.*, 29 juillet.)

Estomac. — Les terminaisons nerveuses dans la muqueuse gastrique, par Capparelli. (*Accad. Giœnia*, 27 avril.) — Sur le mode de formation et d'accroissement des glandes de l'estomac, par Salvioli. (*Accad. d. Scienze, Torino*, 9 mars, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Influence de la section sous-diaphragmatique des nerfs pneumogastriques sur la digestion stomacale, par Duron. (*Thèse de Nancy.*) — Sur les effets de la sténose expérimentale du pylore, par B. Pernice. (*Riforma medica*, 3 septembre.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des bromure et iodure de potassium sur la digestion stomacale, par Sansoni et Battistini. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — Recherches sur l'influence des alcools, des boissons alcooliques, du café, du thé et du chlorure de sodium sur la digestion gastrique des substances albuminoïdes, par A. Ferrannini. (*Riforma medica,* 16 août.) — Diagnostic et thérapeutique générale des affections gastriques, par J. Boas. (*Leipsig.*) — Diagnostic chimique des affections gastriques, par H. Wille. (2e édit. revue, *Munich.*) — Considérations historiques sur les maladies de l'estomac et leur traitement, par Dujardin-Beaumetz. (*Union médicale*, 22 juillet.) — Des nouveaux moyens d'exploration des fonctions digestives, par Dujardin-Beaumetz. (*Gaz. hebd. de méd.,* 13 septembre.) — Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique d'après les recherches de Hayem, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 4 octobre.) — Sur les conditions dans lesquelles l'acide chlorhydrique peut devenir antipeptique, par A. Ferrannini. (*Riforma medica*, 14 août.) — Détermination quantitative des acides organiques dans le suc gastrique, par Zaniboni. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — Du chimisme stomacal considéré comme élément de diagnostic et comme source d'indications thérapeutiques, par Hayem. (*Soc. méd. des hôp.,* 18 juillet.) — Sur un moyen de déterminer la quantité de liquide contenu dans l'estomac et la quantité de travail chlorhydropeptique effectué par cet organe, par Mathieu et Rémond. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.) — De l'étude chimique du contenu stomacal et de ses rapports avec le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, par Georges. (*Thèse de Nancy.*) — Note sur l'étiologie et la pathogénie de l'hyperchlorhydrie primitive, par Marfan. (*Gaz. hebd. de méd.*, 16 août.) — Les dyspepsies chimiques, par Weber. (*Revue gén. de clinique*, n° 30, p. 474.) — Les méthodes actuelles d'exploration dans les affections stomacales (ulcère, cancer et gastrite chronique), par Kinnicutt. (*N.-York med. Record*, p. 573, 24 mai.) — Dyspepsie infectieuse et son traitement rationnel par la méthode antiseptique, par Woodburg. (*Mississipi Valley med. Assoc.*, 8 octobre.) — Gastralgie et gastralgiques, par Peter. (*Union médicale,* 29 mai.) — Affections fonctionnelles du cœur et tympanisme de l'estomac, par Trastour. (*Semaine méd.*, 27 août.) — Les affections de l'estomac au cours des affections génitales de l'homme, par Peyer. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 356.) — Les conditions pathogéniques et le traitement de l'estomac, par Lancereaux. (*Union médicale*, 24 juillet.) — Contribution au diagnostic et à la thérapeutique des maladies de l'estomac, par Gyrnianski. (*Wien. med. Woch.*, n° 20.) — De la gastrite phlegmoneuse, par Reinking. (*Inaug. diss. Kiel.*) — Complications rares de l'ulcère rond de l'estomac, par Rosenheim. (*Deut. med. Woch.*,

n° 15.) — Ulcère de l'estomac, perforation, péritonite aiguë avec cessation des vomissements, par Mouisset. (*Lyon méd.*, p. 516, 10 août.) — Un cas d'ulcère perforant de l'estomac, par Wingate. (*Med. News*, p. 190, 23 août.) — Usage du *Cannabis indica* dans le traitement des névroses et des dyspepsies gastriques, par Germain Sée. (*Bull. Acad. de méd.*, 29 juillet. *Médecine moderne*, 24 juillet.) — Résultats de la faradisation stomacale, par Charles Stockton. (*Americ. Journ. of the med. sc.*, p. 20, juillet.) — De la compression du cou dans les crises bulbaires de la dyspepsie, par d'Ardenne. (*Semaine méd.*, 8 octobre.) — De l'ulcère gastrique et son traitement par les lavements, par Donkin. (*Lancet*, 27 septembre.) — Traitement mécanique des affections de l'estomac, par Cséri. (*Pester med. chir. Presse*, n° 37.) — Cancer du pancréas et de l'estomac chez une femme de 22 ans, par H. Fisher. (*Med. News*, p. 143, 9 août.) — Néoplasme de l'estomac, gangrène du membre inférieur, mort, par Mouisset. (*Lyon méd.*, 19 octobre.) — Sur un cas de cancer de l'estomac chez un garçon de 19 ans, par Debove. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 novembre 1889.) — Du cancer de l'estomac et de son traitement par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre.) — Plaie d'arme à feu, ayant traversé l'estomac, guérison spontanée, par Casati. (*Raccogl. med.*, p. 157.) — Observation de gastrostomie, par Gay. (*Boston med. Journ.*, 4 septembre.) — Gastrostomie en deux temps (méthode de Hahn) pour un rétrécissement cancéreux du cardia, par Hadra. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 459, 19 mai.) — La méthode de gastrostomie de Hahn, par van Hacker. (*Wiener klin. Woch.*, 23 octobre.) — Gastrostomie pour corps étranger, porte-crayon, par Richardson. (*Boston med. Journ.*, 21 août.) — Des résections de l'estomac et de l'intestin, par Czerny. (*Therap. Monats.*, février.) — Résection du pylore et de la première portion du duodénum, abouchement de l'estomac avec la 2e portion, par Reynier. (*Gaz. des hôp.*, 1er novembre.) — Deux cas de gastro-entérostomie, par Beatson. (*Lancet*, 11 octobre.)

Exanthème. — Des éruptions traumatiques, par Batut. (*Gaz. hebd. de méd.*, *Montpellier*, 27 septembre.) — De la classification de Behrend des exanthèmes médicamenteux en spécifiques et dynamiques, par Brooke. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XI, n° 5.) — Exanthèmes médicamenteux externes, par Colcott Fox. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 6.) — Rash érythémateux dû à la quinine, par Leggatt. (*Lancet*, 4 octobre.) — Un cas d'exanthème par le sulfonal, par Schotten. (*Therap. Monats.*, avril.)

Expectoration. — Chimie des crachats bronchiectasiques, par Löbisch et V. Rokitansky. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 1.) — Deux observations d'hydrargyrie scarlatiniforme de cause interne, par de Saint-Germain. (*Ann. de Dermat.*, I, nos 8 et 9.) — L'origine de l'expectoration dans certains cas de toux persistante, par W. Porcher. (*N.-York med. Record*, p. 669, 14 janvier.)

F

Face. — Des fissures médianes de la face, par Wölfler. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Ostéome du sinus frontal, par Boyd. (*Lancet*, 20 septembre.) — Tumeurs du sinus frontal, par Cozzolino. (*Archivios int. de laring.*, I, n° 4.)

Ferment. — Essai sur l'action des ferments non figurés, par de Jager (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXI, *Heft* 1.) — Sur la sécrétion des diastases

dans l'orge, revue critique par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 9.) — Sur l'invertine ou sucrose de la levure, par Fernbach. (*Ann. Inst. Pasteur*, n° 10.) — Etude des malts de brasserie, par Kayser. (*Ann. Inst. Pasteur*, n° 8.) — Recherches sur l'existence de la trypsine dans différents viscères, par de Marbaix et Denys. (*La Cellule*, VI, 1.) — Etude de la fermentation ammoniacale et sur les ferments de l'urine, par Miquel. (*Ann. de microg.*, mai.) — Sur le ferment soluble de l'urée, par Miquel. (*Acad. des sc.*, 8 septembre.) — Action de la chrysarobine sur quelques ferments et sur quelques schiozmycètes pathogènes, par R. Campana. (*Riforma medica*, 21 mai.)

Fièvre. — Des échanges gazeux respiratoires dans la fièvre, par Kraus. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2.) — L'action des ferments de la fibrine sur le développement de la fièvre, par Hammerschlag. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 6.) — Théorie de la fièvre, par White. (*Americ. Journ. of med. sc.*, novembre.) — Fièvre ; thermotaxie et thermopolypnée ; calorimétrie dans la fièvre de malaria, par Isaac Ott. (*New-York*, 1889.) — De la fièvre glandulaire, par Starck. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 4.) ; Idem, par Rauchfuss. (*Ibid.*) — De la fièvre dite infectieuse (fièvre miliaire), par V. Ingria. (*Morgagni*, mars.)

Fièvre jaune. — Traité théorique et clinique de la fièvre jaune, par Bérenger-Féraud. (In-8°, 985 p. Paris, 1891.) — Les vaccinations de Domingos Freire (fièvre jaune), par Sternberg. (*New-York. med. Record*, p. 524, 10 mai.)

Fistule. — Un cas de fistule cervico-vaginale, par Nordmann. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 1.) — Un cas de fistule vésico-urétro-vaginale, épisiocleisis avec fistule recto-vaginale artificielle, par Andreew. (*Wratch*, n° 37.) — Opération de fistule vésico-vaginale à travers une ouverture sus-pubienne de la vessie, par M. Gill. (*London med. soc.*, 3 novembre.) — Trois cas de fistules génito-urinaires anciennes chez des femmes, par Cerruti. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 16.)

Foie. — Les fonctions des cellules du foie par Klein. (*Inaug. Diss. Dorpat.*) — Accumulation normale du fer dans le foie, par Delépine. (*Practitioner*, août.) — Leçon sur les maladies du foie et des voies biliaires, par Cardarelli. (In-8°, 300 p., *Naples.*) — La colique hépatique ; physiologie pathologique et traitement, par G. Sée et Jumon. (*La Médecine moderne*, 11 septembre.) — Genèse de concrétions calcaires dans le foie, par Schwertassek. (*Prager med. Woch.*, n° 22.) — Etude bactériologique sur quelques formes d'inflammations hépatiques, par C. Ghillini. (*Riforma medica*, 1er septembre.) — Y a-t-il un ictère hémaphéique, par Dreyfus-Brisac et Chéron. (*Gaz. hebd. de méd.*, 30 août.) — De l'ictère épidémique, par Hennig. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 8.) — Sur la pathogénie de l'ictère émotif, par Duraignez. (*Thèse de Paris*, 18 novembre.) — Sur un cas d'ictère grave à forme rénale, par Richardière. (*Semaine méd.*, 5 novembre.) — Ictère grave guéri. Quelques considérations sur l'ictère infectieux ou fébrile, par Pulawski. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 octobre.) — Remarques sur la maladie de Weil, par Dunin. (*Wien. med. Press.*, n° 12, p. 450 ; Réponse aux remarques de Dunin, par M. Weiss. (*Ibid*, n° 12, p. 451.) — Sur la cirrhose tuberculeuse expérimentale, par Hanot et Gilbert. (*Soc. de biol.*, 25 octobre.) — Sur la cirrhose hépatique, par Cantani. (*Morgagni*, juillet.) — Cirrhose alcoolique du foie compliquée de péritonite et de pleurésie double. Mort rapide au bout de deux mois, par Marin. (*Loire méd.*, 15 octobre.) — Deux cas mortels de cirrhose biliaire, ictère pernicieux congénital, dans la même famille, par Hatfield. (*Arch. of pediat.*, VII, p. 8.) — Note sur

le foie cardiaque chez l'enfant, asystolie cardiaque, cirrhose cardiaque, par HANOT et PARMENTIER. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — De la guérison réelle et de la guérison apparente dans les affections hépatiques, par CHAUFFARD. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Frottement périhépatique et abcès du foie, par BERTRAND. (*Gaz. hebd. de méd.* 4 octobre.) — Abcès du foie, traitement (ponction aspiratrice, drain à demeure), par HARLEY. (*Brit. med. J.*, 20 novembre 1889.) — Abcès du foie ouvert dans le péricarde, par CHRISTIANSEN. (*Norsk. mag. f. Lœgevid.*, V, p. 211.) — Deux observations d'abcès du foie; examen histologique et bactériologique du pus de ces abcès, par LAVERAN. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 28 juillet.) — Nouveaux cas d'abcès du foie, par BARTHÉLÉMY et BERNARDY. (*Bullet. Soc. de chirurgie,* XVI, p. 38.) — Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méthode de Stromeyer-Little dans les hôpitaux de la marine à Toulon, de 1882 à 1889, par BERTRAND. (*Rev. de thér.*, août.) — Association d'un foie et de reins kystiques, par R. PATERSON. (*Brit. med. J.*, p. 725, 27 septembre.) — Sarcome du foie obstruant la veine cave et les veines hépatiques, par WEST. (*London. path. Soc.*, 21 octobre.) — Déchirures du foie par traumatisme, par L.-J.-A. MÉGEVAND. (*Revue médic. Suisse romande,* X, 389, juin.) — De la résection du foie et de sa régénération, par PONFICK, GLUCK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 398, 28 avril.)

Foudre. — Cinq cas de coup de foudre, par PERCY PAPE. (*Lancet*, 4 octobre.) Coup de foudre; observations, par BONTEMPS. (*Bull. Soc. méd. d'Angers*, p. 21, 1er semestre.)

Fracture. — Mécanisme des fractures de la colonne vertébrale, par BERRI. (*Sperimentale,* juillet.) — Fracture de la clavicule traitée par la suture, guérison, par POWERS. (*N.-York. med. Journ.*, p. 572, 24 mai.) — Fracture de la clavicule par contraction musculaire et abaissement brusque de l'épaule, par SURMAY. (*Bull. Soc. de chir.,* XVI, p. 381.) — Du traitement des fractures de l'humérus, par HÉZARD. (*Thèse de Nancy.*) — Fractures du col anatomique de l'humérus, par POWERS. (*N.-York., med. Journ.*, 3 mai, p. 488.) — Fracture de Colles, son traitement, par HUSE. (*Boston med. Journ.*, 24 juillet.) — Des fractures de l'humérus et de leur traitement par la gouttière plâtrée, par BOUCHET. (*Thèse de Lyon.*) — Indication des sutures dans les fractures récentes de la rotule, par W. FLURHEL. (*N.-York med. Record*, p. 645, 7 juin.) — Traitement des entorses et des fractures du péroné par les manchons de terre glaise, par TREUTHARDT. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 434, juin.) — Des déformations consécutives à la fracture de Dupuytren, traitement par BERTAUX. (*Thèse de Nancy.*) — Recherches expérimentales sur les fractures des os du tarse, par BALLENGHIEN. (*Journ. sc. méd., Lille*, 18 juillet.) — Opération de Mikulicz pour une fracture du tarse compliquée de luxation du scaphoïde transporté au niveau de la petite apophyse du calcanéum; guérison; marche parfaite, par CHAPUT. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 217.) — Fracture comminutive du calcanéum : résection partielle suivie de réunion osseuse par première intention; guérison, par CH. POWERS. (*Med. News*, 26 juillet, p. 82.) — Sur quelques fractures simulant des luxations récentes irréductibles, par VASSILIEF. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Des fractures pathologiques chez les tabétiques, par VERNEUIL. (*Bull. méd.*, 21 septembre.) — Sur le traitement des pseudarthroses en particulier par la résection, par SENIQUE. (*Thèse de Nancy.*) — Deux cas de fracture difficilement réductibles; guérison, par JANET. (*France médicale*, 18 juillet.)

Furoncle. — Sur la furonculose des viscères; contribution à l'étude des infections générales de l'homme, produites par les microorganismes pyogènes, par M. VIVALDI. (*Riforma medica.,* 29 mai.) — Traitement de la furonculose, par VEIEL. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XI, 8.)

G

Gale. — Emploi de l'huile phéniquée dans la gale, par Herz. (*Militärarzt*, n° 12.)

Gangrène. — Gangrènes multiples des téguments des membres inférieurs chez une femme de 64 ans, par Rothmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 415, 5 mai.) — Endartérite du membre inférieur consécutive au rhumatisme, gangrène des orteils, amputation de la jambe, gangrène du moignon, par Reynier. (*Gaz. des hôp.*, 23 septembre.) — Gangrène de la jambe consécutive à l'influenza, par Loison. (*Lyon méd.*, 17 août.) — Sur un cas de gangrène du pied par endartérite oblitérante progressive, par Pitres. (*Bull. méd.*, 24 septembre.) — Gangrène spontanée du pied par thrombose de l'artère poplitée, par Grimm. (*Prager med. Woch.*, 30 juillet.) — Retard dans la transmission des impressions périphériques dans un cas de gangrène du pied, par Goldscheider. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Gangrène symétrique des extrémités, par Villard. (*Lyon méd.*, 12 octobre.)— Maladie de Raynaud, par Stevenson. (*Lancet*, 1er novembre.) — Guérison d'un cas de noma très grave par la résection complète du maxillaire supérieur, par Christovitch. (*Bull. gén. de thér.*, 15 novembre.)

Génitaux (Org.). — Du développement du prépuce, de la couronne du gland et du col du pénis chez l'embryon humain, par Retterer. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Du développement du fourreau et de la partie libre de la verge des mammifères quadrupèdes, par Retterer. (*Ibid.*, 18 octobre.) — Sur le développement de la portion abdominale de la verge des mammifères, par Retterer. (*Ibid.*, 8 novembre.) — Interversion sexuelle, par Peyer. (*Münchener med. Woch.*, n° 23.) — Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, par du Castel. (*Union médicale*, 5 août.) — Calculs prépuitiaux chez un homme atteint de phimosis congénital, par Zeller. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 juin.) — De la circoncision, par E. Palmer. (*Med. News*, 2 août, p. 99.) — Rétention d'urine et paralysie des membres inférieurs occasionnées par un phimosis congénital, par Boiteux. (*Broch. Besançon.*)— Remarques à propos de la guérison d'un cas d'impuissance datant de 3 ans, par Blocq. (*Mercredi méd.*, 29 octobre.)—Deux cas de cancer du pénis opérés chez de jeunes sujets, 27 et 36 ans, par Ihle. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 9.) — Amputation du pénis pour épithélioma, par Carpentier. (*Bull. méd. du Nord*, n° 14, p. 365.)— Deux cas d'extirpation du pénis pour cancer, par Kammerer. (*N.-York surg. Soc.*, 28 mai.)— Céphalée et bourdonnements d'oreille suite d'affection des organes génitaux, par Routh. (*Provincial med. Journ.*, 1er janvier.) — Note sur un cas de persistance du canal de Nück avec hydrocèle réductible chez une jeune fille de 19 ans, par Richelot. (*Bull. acad. de méd.*, 16 septembre.) — Deux anomalies rares de l'appareil génital de la femme, par Froemmel. (*Münchener med. Woch.*, n° 15.) — De l'onanisme chez la femme, forme particulière de déviation de l'instinct sexuel, par Loimann. (*Therap. Monats.*, avril.) — Des prolapsus génitaux, variétés, pathogénie, traitement, par Chaput. (*Semaine méd.*, 10 septembre.) — Du kraurosis de la vulve, par Orthmann. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 2.) — Papillome volumineux de la vulve d'origine non vénérienne, par Castan. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 26 juillet.) — Deux cas de blessure des organes génitaux féminins avec hémorragie, suite de coït, par Hofmokl. (*Int. klin. Rundschau*, 28 septembre.) — Etude des plaies produites par le coït, par Spaeth. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 2.) — Tumeur sarcomateuse développée sur le pourtour

de la vulve, par LEFORT. (*Bull. méd. du Nord*, n° 13, p. 350.) — Antisepsie préventive des organes génitaux chez les jeunes filles, par DEBACKER. (Congrès de Berlin, *Ann. de gyn.*, août.)

Genou. — L'orientation du fémur dans le genu valgum d'origine fémorale, par JABOULAY. (*Lyon méd.*, 14 septembre.)

Géographie méd. — La chaleur animale dans ses rapports avec les maladies des pays chauds, par CALMETTE. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Fièvre entérique dans l'Inde, par HAMILTON. (*Brit. med. Journ.*, 4 octobre.) — Essai de topographie médicale de Ouargla, par LANEL. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Contribution à la pathologie de l'île de Nossi-Bé, par CANOLLE. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Contribution à la géographie médicale, division navale de l'Océan pacifique, 1788-89, par BEAUMANOIR. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.

Glaucome. — Perfection de la périmétrie et champ visuel en cas de glaucome, par BJERRUM. (Congrès de Berlin, *Rev. d'ophtalm.*, n° 8.) — Des altérations du corps vitré des yeux glaucomateux, par HAENSELL, *Ibid.*, n° 8.)

Goût — Les nerfs du sens du goût, par FERGUSON. (*Med. News.*, 18 octobre.) — Les nerfs du goût, par GLEY. (*Tribune méd.*, 17 juillet.)

Goutte. — Lésions goutteuses guéries par l'orthopédie, par KUBY. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.) — Accès de goutte aiguë hyperpyrétique avec répercussion sur l'encéphale et le muscle cardiaque, traité et guéri par les bains froids, par MONTAGNON. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Prophylaxie de la goutte, par MENDELSON. (*N.-York med. Journ.*, p. 115, 1er février.) — Traitement de la goutte à Ems, par ARONSOHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 381.)

Greffe. — Greffe cutanée, méthode de Thiersch, par MC. BURNEY. (*N.-York acad. of med.*, 2 octobre.) — Sur les greffes dermo-épidermiques par la méthode dite de Thiersch, par MANCEAUX. (*Thèse de Nancy.*) — Remarques sur la greffe nerveuse, par ATKINSON. (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre.) — Autoplasties, greffes, implantation de corps étrangers, par TH. GLUCK. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 421, 12 mai.) — Greffe osseuse avec des fragments d'os décalcifiés, par MILLER. (*Lancet*, 20 septembre.) — Greffe osseuse par les os de mouton décalcifiés, par MURRAY. (*Lancet*, 4 octobre.) Epithélioma de la face et greffe, par GANGOLPHE. (*Lyon méd.*, p. 444, 27 juillet.)

Grippe. — Statistique de l'épidémie de grippe à Paris, par TURQUAN. (*Rev. scientif.*, 9 août.) — L'épidémie d'influenza à Moscou en 1889, par LUNZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 378.)— De l'épidémie d'influenza à Reims, par NOEL. (*Rev. sanit. de la prov.*, n° 150.) — La grippe dans le Massachussets, par SHATTUCK. (*Boston med. Journ.*, 24 juillet.) — La grippe à la consultation de Boston city hospital, par BUCKINGHAM. (*Ibid.*, 9 octobre.) — Discussion à la société vaudoise de médecine sur la grippe. (*Revue médic, Suisse romande*, X, 375, mai.) — L'épidemie de grippe 1889-90 à Brielle, par JANSSEN. (*Weekbl. van het Nederl. Tidjschr.*, II, n° 5.) — Discussion de la société de médecine scientifique de Kœnigsberg sur la grippe. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — L'influenza, origine et acceptions diverses de cette parole. Série chronologique des épidémies d'influenza en Italie. La grande épidémie de 1580, par CORRADI. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — L'influenza en Italie pendant l'hiver 1889-90, par CORRADI. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Rapport sur l'épidémie de

grippe à Bruxelles 1889-90, par SPEHL, GRATIA et VERNEUIL. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 210, mai-juin.) — L'épidémie de grippe. Discussion de la société de médecine du canton de Fribourg. (*Rev. médic. Suisse romande*, X, 429 et 430, juin.) — La grippe de 1889-90, par BAUMLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 483, 26 mai.) — Discussion de la société médicale de Bâle sur l'épidémie de grippe. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 275, 1er mai.) — La grippe au 4e régiment de bersagliers, par FRIGOLI LEONARDO. (*Giorn. med. del. esercit.*, n° 6, p. 744.) — Statistique des cas de grippe observés à la clinique de Spillmann, par HAUSHALTER et THIÉBAUT. (*Revue méd. de l'Est*, n° 15.) — De la grippe épidémique observée à Toulon en 1889-1890, par DUBOIS. (*Thèse de Montpellier.*) — La grippe dans l'armée espagnole, par d'ASSUMPÇAA. (*Revista de medic. milit.*, IV, 12, p. 353.) — La grippe au collège militaire de Messine, par BARBATELLI. (*Giorn. med. del esercito*, n° 6, p. 738.) — Obs. sur la grippe dans la commune d'Imagno, par FRIZ. (*Gaz. med. Lombard.*, III, 17.) — L'influenza observée à Greifswald, par MOSLER, PEIPER, NIESEL, COLLEY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 150.) — Rapport sur l'épidémie de grippe à Marseille pendant l'hiver 1889-1890, par ALEZAIS. (*Marseille méd.*, n° 9, p. 621.) — Essai de parallèle entre la grippe et la dengue, par LENOIR. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pathologie de la grippe, par SQUIRE. (*Lancet*, 16 août.) — Quelques mots sur la fièvre catarrhale épidémique, par OTREMBA. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, IV, n° 3.) — Grippe ou dengue ? par ELY. (*N. York med. journ.*, p. 118, 1er février.) —L'influenza au point de vue clinique, par WARFVINGE. (*Arsber. fran Sabbatsbergs Sjukhus Stockholm.*, 1889.) — Grippe, ses modalités clinico-pathologiques, par LYON. (*Lancet*, 30 août.) — De la grippe, par CANTIERI. (*Broch. Sienne.*) — La pathogénie de la grippe, par BORGIOTTI et BORDONI. (*Broch. Sienne.*) — L'influenza dans les écoles primaires de Lausanne, par COMBE. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 340, mai.) — La grippe au point de vue épidémiologique, par ANTONY. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Des secours organisés par « l'Union des Femmes de France » à l'occasion de l'épidémie de grippe de 1889-90, par P. BOULOUMIÉ. (*Revue d'hyg.*, XII, 510, juin.) — Grippe, par FITZGERALD. (*Lancet*, 25 octobre.) — La grippe, par DOCKMANN. (*Broch.*, 75 p., Kasan.) — Recherches bactériologiques sur l'influenza, par S. SIRENA. (*Riforma medica*, 19 mai.) — Les bactéries dans l'influenza ; recherches comparatives sur les cocci en chaînettes, par PETRUSCHKY. (*Fortsch. der Med.*, n° 11, p. 543.) — De la grippe chez les enfants, par CARSTENS. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 3.) — De l'influenza chez les nourrissons, par FLESCH. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 4.) — Sur quelques effets neuro- et psychopathiques de l'influenza, par E. MORSELLI. (*Riforma medica*, 19 avril.) — De l'action exercée par la grippe de 1889 sur le système nerveux, par BIDON. (*Rev. de méd.*, août.) — Sur les altérations de la moelle épinière dans l'influenza, par FOA. (*Il policlinico*, I, n° 5, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Sur la méningite spinale dans la grippe, par FIESSINGER. (*Gaz. médic. de Paris*, 18 octobre.) — Affection grave du vague, suite d'influenza, par STRANGE. (*Brit. med. journ.*, 13 septembre.) — Névrite multiple suite de grippe, par WESTPHALEN. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 21.) — Névrite multiple consécutive à l'influenza, par TESTI. (*Giorn. med. di esercit.*, p. 857.) — L'influenza et les maladies mentales et nerveuses, par L. LOJACONO. (*Riforma medica*, 9 juillet.) — Note clinique sur les psychoses consécutives à l'influenza, par A. CRISTIANI. (*Riforma medica*, 15 juillet.) — Grippe et psychoses, par d'ABUNDO. (*Il manicomio*, VI, 1 et 2.) — L'épidémie de grippe et la folie, par HARRINGTON. (*Boston med. journ.*, 7 août.) — Maladie de Basedow à la suite de l'influenza, par COLLEY. (*Münch. med. Woch.*, n° 26.) — Conséquence insolite de l'influenza, par KLECZKOWSKI. (*Bull. gén. de thér.*, 15 août.) — Angine de poitrine suite de

grippe, par Röhrig. (*Neurol. Centralb.*, 1er août.) — Complications oculaires de la grippe, par Badal et Fage. (*Arch. d'opht.*, n° 2.) — Inflammation de la capsule de Tenon, conséquence de l'influenza, par Schapringel. (*N. York med. record.*, p. 679, 14 juin.) — Des otites moyennes de la grippe, statistique, par Ménière. (*Rev. de laryngol.*, 15 août.) — Les maladies auriculaires produites par l'influenza, par P. Avoledo. (*Morgagni*, juin.) — Complications mastoïdiennes de la grippe, par Moure. (*Rev. de laryng.*, 15 septembre.) — Etude bactériologique sur l'otite moyenne dans la grippe, par Scheibe. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 8.) — Les altérations pulmonaires dans la grippe, par Brigidi. (*Sperimentale*, août.) — Complications de la grippe (empyème, pneumothorax, abcès du poumon, diathèse hémorragique), par Mosler. (*Münchener med. Woch.*, n° 21.) — Un cas de grippe avec pleuro-pneumonie et iridochoroïdite embolique, par Natanson. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 24.) — Lésions diverses du poumon dans la grippe, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 9 juin.) — Herpès zoster suite de grippe, par Finzi. (*Bull. d. sc. med.*, mai.) — Lésion organique du cœur consécutive à la grippe, par Naldoni. (*Sperimentale*, octobre.) — Note sur un cas d'endocardite infectieuse consécutive à une pneumonie grippale, par Surmont. (*Bull. méd. du Nord*, n° 12, p. 315.) — Un cas rare d'influenza cholériforme, par Salomone Marino. (*Riv. clin., Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — Complication phlegmoneuse dans la convalescence de la grippe; phlegmon latéro-pharyngien, par Vilcoq. (*Union médicale du Nord-Est*, n° 6, p. 209.) — Notes sur la grippe épidémique de 1889-90, et principalement sur les éruptions symptomatiques du rash de la grippe, par Barthélemy. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Etude sur les exanthèmes de l'influenza, par Hoffmann. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, n° 5.) — Exanthème de l'influenza, par Minauf. (*Wien. med. Presse*, n° 12, p. 453.) — Des manifestations vésicales de la grippe, par Fiessinger. (*Revue gén. de clinique*, n° 30, p. 481.)

Grossesse. — De l'attitude des femmes vers la fin de la grossesse, par W. Schulthess et Anna Kuhnow. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 280, 1er mai.) — De l'hyperemèse de la grossesse, par Flaischlen. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — Sur le diagnostic de la grossesse au point de vue médico-légal, par L. Bossi. (*Riforma medica*, 2 juillet.) — Du diagnostic de la grossesse, un signe précoce de certitude chez les primipares et chez la plupart des multipares en dehors de l'allaitement, par Dumas. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 14 juin.) — Des fausses grossesses, par Thomas More Madden. (*Americ. j. of the med. sc.*, juillet, p. 26.) — Grossesse et néoplasmes, par Gördes. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — Grossesse triple. Avortement au 5e mois, par Speck. (*N. York med. journ.*, p. 69, 18 janvier.) — Hémorragie accidentelle, utérus gravide, par Johnson. (*Americ. journ. of obst.*, novembre.) — Sur l'atrophie congénitale ou acquise des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par Chambrelent. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Deux cas de vomissements rebelles durant la grossesse, par E. Mitchell. (*Journal of amer. med. Assoc.*, 5 juillet, p. 19.) — Etude des vomissements de la grossesse, par Balin. (*Vratch*, n° 26.) — Complication de la grossesse par des tumeurs ovariques, par Ruge. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 2.) — De la pneumonie dans la grossesse, par Villa. (*Ann. di ostetric.*, octobre.) — Manie et névrites multiples dans la grossesse, par W. Polk. (*N. York med. record.*, p. 526, 10 mai.) — Grossesse et lésions graves du cœur, par Bertaux. (*Bull. méd. du Nord.*, n° 17, p. 437.) — Grossesse et rougeole, par Rueter. (*Centr. für Gyn.*, 21 juin.) — Fibro-myome du corps de l'utérus compliquant une grossesse, par Berlin. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Rupture du vagin, passage du fœtus et du placenta dans la cavité péritonéale, par Taylor.

(*Med. News.*, 13 octobre.) — Sur un cas de lithopœdion, par SCHOTT. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.)— Un cas de lithopœdion dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne, grossesse dans l'autre corne, par ELBING. (*St Petersb. med. Woch.*, 18 août.) — Grossesse dans un utérus double avec vagin double, par ALTHEN. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 octobre.) — Expériences à l'appui d'une théorie nouvelle de la gestation extra-utérine, par LATASTE. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — De la rupture intra-vésicale des kystes fœtaux extra-utérins, par Franz WINCKEL. (*Leipzig.*) — Cinq ca de grossesse extra-utérine, par FŒRSTER. (*Americ. journ. of obst.*, novembre.) — Des grossesses tubaires dans les premiers mois, par ORTHMANN. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — Un cas de grossesse extra-utérine au 3e mois, terminaison spontanée par l'expulsion de la membrane déciduale, guérison, par BOISLEUX. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 août, et *Ann. de gyn.*, août.) — Trois cas de grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par PICQUÉ. (*Ibid.*) — Grossesse extra-utérine, par KUEMMEL. (*Münchener med. Woch.*, n° 25.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la grossesse extra-utérine, par JOHNSTON. (*Americ. gyn. soc.*, 16 septembre.) — Un cas de grossesse extra-utérine, par SKENE. (*Ibid.*) — Grossesse ectopique ovarienne, par REEVES. (*Lancet*, 25 octobre.) — De la grossesse extra-utérine. Diagnostic et traitement, par G. HARRISON. (*N. York med. record.*, p. 692, 14 juin.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, opération sur fœtus morts ; remarques sur l'anatomie du sac fœtal, par MATLAKOWSKI et KRYSINSKI. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXVIII, 3.) — Deuxième grossesse tubaire diagnostiquée et opérée avant la rupture, par HERMAN. (*Brit. med. j.*, 27 septembre.) — Du traitement de la grossesse extra-utérine par la laparotomie depuis 1886, par AUDRY. (*Arch. de tocol.*, août.)

Gymnastique. — Manuel de gymnastique médicale suédoise de T.-J. Hartelius, édition allemande, par CHR. JUERGENSEN et PRELLER. (*Leipzig.*)

Gynécologie. — Le microscope en gynécologie, par RUGE. (*Zeit. f. Geburts*, XX, 1.) — Importance d'une histoire clinique correcte dans la gynécologie opératoire, par STONE. (*Americ. journ. of obst.*, août.) — L'objectif physiologique en gynécologie, nécessité d'une chirurgie conservatrice, par DOLÉRIS. (Congrès de Berlin, *Ann. de gyn.*, août.) — Travaux du 3e congrès de la société allemande de gynécologie (*Fribourg*, 1889), par A. HEGAR, W. WIEDOW et E. SONNTAG. (*Leipzig.*) — De la palpation gynécologique, par LANDAU. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Statistique de la section gynécologique de l'hôpital Rudolf à Vienne, par HOFMOKL. (*Wien. med. Presse*, n° 11, p. 408.) — Observations de cas obstétricaux et gynécologiques, par V. LAURO. (*Riforma medica*, 28 août.)

H

Helminthe. — Découverte du cercomonas intestinalis dans le jéjunum de l'homme, par MULLER. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 21.) — Tumeur tuberculeuse riche en cellules géantes produite par un nématode, par ADAMI. (*Med. Chronicle*, XII, 6.) — Le distoma sinense; forme rare de localisation hépatique, avec une observation, par HERMANN BIGGS. (*Americ. j. of the med. sc.*, juillet, p. 30.) — Deux cas de chorée dus à des vers intestinaux, par JENKINS. (*Lancet*, 27 septembre.) — Vomissements rebel-

les causés par des ascarides, par ARRIGOSSI. (*Gaz. d. Ospit.*, 21 septembre.) — Polyparasitisme de l'appareil digestif, lombrics, trichocéphale, tœnia armé, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, 1er octobre.)

Hématomes. — Du processus histologique de la résorption des corps étrangers dans le tissu cellulaire sous-cutané; de résorption des épanchements de sang, par BLEIBTREN. (In-8° *Tubingue.*)

Hémoglobinurie. — Pathologie de l'hémoglobinurie paroxystique, recherches expérimentales, par COPEMAN. (*Practitioner*, septembre.) — Hémoglobinurie consécutive à une attaque de néphrite aiguë, par HOOD. (*Lancet*, 4 octobre.) — Hémoglobinurie consécutive à la fièvre typhoïde, par L. FACCIOLA. (*Morgagni*, avril.)

Hémorragie. — Traitement de l'hémoptysie, par SAINSBURY. (*Lancet*, 8 novembre.) — Arrêt des hémorragies nasales et curation des hémorroïdes par l'emploi de l'eau très chaude, par ALVIN. (*Loire médic.*, 15 octobre.) — Hémorragie vulvaire infantile, par MC ARDLE. (*Med. News.*, 18 octobre.) — Un cas d'hémorragie clitoridienne durant l'accouchement, par MENSINGA. (*Internation. Klin. Rundschau.*, 29 juillet.) — Arrêt des hémorragies profondes du bassin, par NOBLE. (*Med. News.*, 1er novembre.) — Traitement des hémorragies par atonie après l'accouchement, par ELSNER. (*Americ. journ. of obst.*, septembre.) — Traitement des hémorragies internes, par FERGUSON. (*N. York. med. journ.*, 1er novembre.)

Hémorroïdes. — Traitement des hémorroïdes, par ROUSTITZKY. (*Vratch*, 12 juillet.) — Traitement des hémorroïdes, par HIGGINS. (*N. York med. journ.*, 13 septembre.) — Du traitement des hémorroïdes par l'excision suivie de suture, par RAFFIN. (*Lyon. méd.*, 2 novembre.) — Le clamp et le cautère dans l'opération des hémorroïdes, par GIBSS. (*N. York med. journ.*, p. 462, 26 avril.) — Le traitement des hémorroïdes par l'excision, par PENROSE. (*Philad. County med. soc.*, 24 septembre.) — Traitement des hémorroïdes par les pulvérisations phéniquées, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 14 août.)

Hernies. — Trois cas de hernie diaphragmatique congénitale, par SPENCER. (*Trans. obst. soc. London*, XXXII, p. 132.) — De la hernie propéritonéale, et en particulier d'une variété rare (hernie para-inguino-propéritonéale), par CÉRY. (*Union médicale du Nord-Est*, n° 6, p. 212.) — De la hernie inguino-interstitielle étranglée et de l'hydrocèle du cordon dans sa portion inguinale, par DE PAOLI. (*Atti. d. Accad. med. Perugia*, II, n° 1.) — Opération de Macewen pour hernie inguinale congénitale, par STEELE. (*Med. News*, 27 septembre.) — Trois cas de hernie étranglée, persistance des symptômes après la réduction, par BECK, BARKER et POLLARD. (*Lancet*, 30 août.) — Rupture de la paroi, protrusion des intestins dans une vieille hernie ombilicale, opération, mort, par LAWSON. (*Lancet*, 13 septembre.) — Un cas d'éventration congénitale, autopsie, par CHABRELY. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 août.) — Sur la formation de l'anneau ombilical et considérations sur les hernies ombilicales, par W. HERZOG. (*Münch. med. Woch.*, n° 28.) — Formes rares de hernie ventrale, par MACREADY. (*Lancet*, 8 novembre.) — Hernie périnéale vagino-labiale, par WINCKEL. (*Cong. de Berlin*, *Ann. de gyn.*, août.) — Hernie de l'appendice vermiforme, par ZDEKAUER. (*Prager med. Woch.*, 2 juillet.) — Traitement des hernies gangrenées, par GRUBERT. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 12.) — Quelques points du traitement de l'intestin lésé dans la hernie étranglée, par BENNETT. (*Lancet*, 18 octobre.) — Action de l'atropine sur l'intestin, traitement des hernies étranglées par la belladone ou l'atropine, par KURT HAGEN. (*Strasbourg.*) — Procédé de kélotomie en cas d'intestin suspect de

gangrène, par HELFERICH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 438, 12 mai.) — Des méthodes de cure radicale des hernies, par PONATH. (In-8° *Tubingue.*) — Cure radicale de hernie, par JOHN WYETH. (*Internat. journ. of surgery.* mai, p. 105.) — De la cure radicale des hernies, par LE BRUN. (*Thèse Nancy.*) — Sept observations de cure radicale de hernie chez des enfants, par TH. MANLEY. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 5 juillet, p. 8.) — Cure radicale des hernies inguinales et crurales, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier,* septembre.) — De la fermeture des orifices herniaires après la cure radicale par des plaques osseuses, par TRENDELENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 483, 26 mai.) — De la cure radicale des hernies inguinales, par KOLISCHER. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, XXV.)

Herpès. — Herpès circiné et favus chez des animaux, par MATHIS. (*Lyon méd.*, p. 380, 13 juillet.) — De l'herpès guttural, par KAHN. (*Int. klin. Rundschau.*, n° 16.) — De l'apparition d'herpès zoster pendant le traitement arsenical, par NIELSEN. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XI, 7.)

Histologie. — Manuel technique d'histologie, par STOHR, trad. de TOUPET et CRITZMAN. (In-8°, *Paris.*) — Principes d'histologie d'E. KLEIN, trad. allemande d'A. KOLLMANN. (*Leipzig.*) — Des avantages des sciences histologiques dans l'enseignement et la pratique de la médecine, et de la méthode générale à suivre dans leur étude, par TOISON. (*Journ. sc. méd. Lille*, 5 septembre.) — Note de technique microscopique, par ROSSI. (*Sperimentale*, septembre.) — De la galléine pour la coloration du système nerveux central, par ARONSON. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 2 août.) — Méthodes de coloration du système nerveux central, par BERGLIA. (*Giorn. Assoc. d. nat. Napoli.*, I, 1 et 2.) — Nouvelle méthode de coloration double (carmin et picronigrosine), par G. PIANESE. (*Riforma medica.*, 8 juillet.)

Hôpital. — L'isolement des enfants contagieux dans les hôpitaux de Berlin, par GUINON. (*Bull. méd.*, 8 octobre.) — Le chauffage, la ventilation, l'éclairage électrique de l'hôpital de Montrose Asylum, par HOWDEN. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.)

Hydatide. — De la composition du liquide des kystes hydatiques, par RŒSER. (*Journ. de pharm.*, 15 septembre.) — Hémorragie cérébrale suite d'embolie des artères cérébrales, par des hydatides, par DAHNHARDT. (*Neurol. Cent.*, 1er octobre.) — Hydatides du cerveau, par CARR. (*Brit. med. journ.*, 4 octobre.) — Ablation d'une tumeur hydatide du cerveau, guérison, par GRAHAM. (*Austral. med. journal.*, juillet.) — Kyste hydatique suppuré du thorax, par WALLACE. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXV, p. 214.) — Kyste hydatique de la mamelle, par DUBREUIL. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVI, p. 265.) — Kyste hydatique du poumon, par GRAHAM. (*Lancet,* 18 octobre.) — Kyste hydatique de la rate, laparotomie, fixation de la rate à la paroi abdominale, drainage de la poche, guérison, par CHAINTRE. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Enorme kyste hydatique du foie remplissant la plus grande partie de l'abdomen et du bassin et simulant une ascite, par THOMAS. (*Austral. med. journ.*, IX, p. 72.) — Laparotomie pour un kyste hydatique du foie rompu dans la cavité péritonéale avec mélange de la bile au liquide du kyste, par PÉRIER. (*Mercredi méd.*, 8 octobre.) — Kyste hydatique du grand épiploon, par TERRIER. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 410.) — Des hydatides du bassin chez la femme, par MEIER-SONNTAG. (*Inaug. Diss. Hall*, 1889.)

Hydrothérapie. — Hydrothérapie, par FRANZ C. MULLER. (*Leipzig.*)

Hygiène. — Influence des sciences exactes sur les progrès de l'hygiène et de la médecine, par ROCHARD. (*Rev. scientif.*, 30 août.) — Le bureau d'hygiène

de Bruxelles de 1874 à 1889, par A.-J. Martin. (*Rev. d'hyg.*, XII, 431, mai.) — L'éducation professionnelle des hygiénistes, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, mai.) — L'enseignement de l'hygiène et les instituts en Allemagne et en Autriche-Hongrie, par Girode. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 445, mai.) — Etude sur l'hygiène des rues de New-York, par Dowd. (*N. York med. record.*, p. 697, 21 juin.) — Etat sanitaire de la ville de Lyon de 1872 à 1889, par Clément. (*Lyon. méd.*, 7 septembre.) — L'assistance médicale gratuite, par A.-J. Martin. (*Gaz. hebd. de méd.*, 5 juillet.) — Sur les nouvelles institutions municipales d'hygiène à Paris, par Josias. (*Médecine moderne*, 3 juillet.) — Canalisation de Münich, par Prausnitz. (*Münch. med. Woch.*, n° 28.) — Hygiène et assainissement de la ville de Roubaix, par Duval. (*Thèse de Lille.*) — L'hygiène à Paris; le logement du pauvre, par Marjolin. (*Bull. acad. de méd.*, 14 octobre.) — Les logements garnis à Paris au point de vue de l'ordonnance de police du 25 octobre 1883, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 315, avril.) — Les petits logements parisiens, par E. Cacheux. (*Revue d'hyg.*, XII, 421 et 466, mai.) — La précision des méthodes d'éducation physique, par Demeny. (*Rev. scientif.*, 20 septembre.) — L'influence de l'école sur le développement physique de l'enfant, par Albitzki. (*Wratch.*, n° 31.) — Nervosité et éducation des filles à la maison et à l'école, par Chr. Ufer. (*Wiesbaden.*) — Discussion sur le traitement électrique des vidanges, par James Maclintock. (*Brit. med. j.*, p. 498, août.) — Microorganismes dans les vêtements de dessous, par Hobein. (*Zeit. f. Hyg.*, IX, 1.) — Petite étuve à vapeur mobile pour désinfecter les vêtements et les pièces de pansement, par Otto Roth. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 7, p. 208, 1er avril.) — Observations sur la lumière du gaz et la lumière électrique, par Voit. (*Münchener. med. Woch.*, 29 avril.) — Le travail de nuit des femmes dans l'industrie au point de vue de l'hygiène, par Proust. (*Revue d'hyg.*, XII, 481, juin.) — Loi hollandaise du 5 mai 1889 sur le travail excessif ou dangereux des adolescents et des femmes dans l'industrie. (*Revue d'hyg.*, XII, 518, juin.) — Protocole final de la conférence internationale de Berlin, concernant la réglementation du travail dans les établissements industriels et les mines (29 mars 1890). (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 229, mai-juin.) — Hygiène des familles, par Coriveaud. (In-18, *Paris.*) — Réglementation de l'industrie nourricière à Barcelone, par Juan Coll y Bofill. (*Barcelone.*) — Des principes qui régissent la prophylaxie des maladies infectieuses transmissibles dans les écoles, par Layet. (*Rev. sanit. de la prov.*, n° 159, p. 107.) — Devoirs prophylactiques du médecin en présence d'une maladie infectieuse, par G. Drouineau, Cacheux, Napias, Letulle, A.-J. Martin. (*Rev. d'hyg.*, XII, 333 et 458, avril et mai.) — Le brouillard, par Ad. Nicolas. (*Paris.*) — L'hygiène sexuelle, par Seved Ribbing; traduction allemande d'Oscar Reyher. (*Leipzig.*) — La prostitution à Paris, par Emile Richard. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 385, mai.) — La prostitution déréglementée, par Diday. (*Lyon méd.*, 28 septembre.) — Des porcelainiers, par L. Duchesne. (*Revue d'hyg.*, XII, 413, mai.) — Essai des étamages, par Beaudoin. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Influence de la fumée sur la marche de la putréfaction dans la conservation des viandes de charcuterie, par Beu. (*Cent. f. Bakt.*, VIII, 17.) — L'inspection de la viande et du lait au point de vue de la tuberculose, par Clément. (*Maryland med. journ.*, XX, p. 261.) — Pain gâté, par Uffelmann. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 16.) — Critique des quarantaines, par Roewer. (*Deut. med. Zeit.*, n° 74.) — Les voyages sur mer comme hygiène et comme thérapeutique, par Sarle. (*Rev. d'hyg. thérap.*, septembre.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme en Angleterre et à l'étranger, par Myers. (*Practitioner*, mars.) — Projet de loi belge sur l'hypnotisme. (*Le Mouve-*

ment hygiénique, VI, 197, mai-juin.) — Théorie de l'hypnose, par LEHMANN. (*Cent. f. Nervenh.*, juillet.) — Du transfert à distance, à l'aide d'une couronne de fer aimanté, d'états névropathiques variés, d'un sujet à l'état de veille sur un sujet à l'état hypnotique, par LUYS et ENCAUSSE. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.) — Transmission de la pensée et suggestion mentale, par GRIMALDI et FRONDA. (*Il manicomio*, VI, 1 et 2.) — Discussion sur l'hypnotisme en thérapeutique. (*Brit. med. journ.*, 23 août.) — Valeur relative des divers procédés destinés à provoquer l'hypnose et à augmenter la suggestibilité au point de vue thérapeutique, par BERNHEIM. (*Revue médicale de l'Est*, n° 21 et 22; 1889.) — Quelques faits de suggestion, par BLANCHE EDWARDS. (*Progrès médical*, 21 juin.) — Accès de sommeil converti artificiellement en somnambulisme hypnotique, par CUCCOLINI. (*Sperimentale*, juillet.) — Simulation de phénomènes hypnotiques, par SCIAMMANA. (*Bullet. della Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma*, décembre 1889.) — Valeur thérapeutique et médico-légale de l'hypnotisme, par DANILLO. (*Wien. med. presse*, n° 13, p. 493.) — Hystérie traitée par l'hypnotisme, par WEBBER. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — De la vésication par la suggestion hypnotique, par RYBALKIN. (*Bolnitchnaia Gaz. Botkina*, n° 26.) — Guérison rapide par transfert d'une paraplégie d'origine diphtéritique, datant de 19 mois chez une femme non hystérique, par LUYS. (*Gaz. des hôp.*, 13 novembre.)

Hystérie. — Etude de l'hystérisme, par VILLA. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 27.) — Sur l'hystérie et l'hypnotisme, par PITRES. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 2 novembre.) — La responsabilité dans l'hystérie, par BIANCHI. (*Rev. sper. di. freniat.*, XVI, 3.) — Faits et hypothèses sur la nature de l'hystérie, par H. OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 553, 23 juin.) — Sur l'état mental des hystériques, par COLIN. (*Thèse de Paris*, 15 novembre.) — Transmission de la pensée chez une hystérique, par PAGLIANI; clairvoyance chez un jeune garçon hystérique, par TSCHURTSCHENTHALER. (*Arch. di psich.*, XI, 2.) — Hystérie chez un garçon, par MACDONNELL. (*N. York med. journ.*, p. 145, 8 février.) — Obs. d'hystérie mâle provoquée par l'anémie palustre, par DUBRULLE. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 septembre.) — Hystérie mâle et dégénérescence, par ROUBINOVITCH. (*Thèse de Paris*, 15 novembre.) — De l'hystérie sénile, par DE FLEURY. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'hystéro-traumatisme, par COSSERAT. (*Thèse de Nancy.*) — Choc nerveux local et hystéro-traumatisme, par SÉRIEUX. (*Arch. de neurol.*, n° 59.) — La nutrition dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Mercredi méd.*, 15 octobre.) — Œdème bleu des hystériques, par CHARCOT. (*Journ. de méd. pratiq.*, septembre.) — Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, p. 49.) — Quelques manifestations extra-médicales de l'hystérie, par WITHINGTON. (*Boston med. journ.*, 28 août.) Petit mal comitial, grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire, par CHANTEMESSE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 juin.) — Mutisme hystérique, par KAST. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Un cas de mutisme hystérique, par PEYRISSAC. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, juillet.) — Bégayement hystérique chez un dégénéré héréditaire, par BALLET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 juillet.) — Sur un cas de monoplégie brachiale hystérique avec atrophie, par BALLET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 mai.) — Des tremblements hystériques, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 6 septembre.) — Monoplégie hystérique, par DETERMANN. (*Neurol. Centralb.*, 15 juillet.) — Paralysie croisée chez une hystérique, guérison par le transfert, par MORET. (*Union médicale du Nord-Est*, n° 6, p. 207.) — Paralysie faciale hystérique, par LANSON. (*Brit. med. j.*, 15 novembre.) — Des paraplégies hystériques, par PITRES (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 7 septembre.) — Le

spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie, par Brissaud. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Du pseudo-tabes hystérique, par Pitres. (*Gaz. méd. Paris*, 20 septembre.) — Astasie et abasie chez un hystérique, par Debove. (*Gaz. des hôp.*, 26 août.) — Sur une forme rare de spasme rythmique respiratoire et sur la température après les accès convulsifs dans un cas d'hystérie traumatique, par A. Cristiani. (*Riforma medica*, 6 juin.) — Un cas d'atrophie musculaire chez un hystérique avec complication de troubles dans l'équilibration, par Féréol. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mai.) — Un cas de perte de connaissance consécutive à un traumatisme auriculaire, cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec l'insufflation d'air, par Bayer. (*Rev. de laryngol.*, 1er octobre.) — Dermographie chez un hystérique, par Ducamp. (*Montpellier méd.*, 16 octobre.) — Formes rares d'hystérie chez l'homme (hydrophobie), par Dreschfeld. (*Med. Chronicle*, octobre.) — Brûlures de la face par l'eau bouillante chez une fille, suivie de myose, ptose et amaurose doubles disparues au bout d'une semaine, par Bobrik. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Double surdité passagère, puis amaurose temporaire à la suite d'une peur chez un jeune garçon, par Magnus. (*Idem.*) — Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme, par Giraudeau. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Mutilations chez une hystérique produites par elle-même avec la potasse caustique, par Struempell. (*Münch. med. Woch.*, n° 28.) — Morphinomanie et hystérie, par J. Voisin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mai.)

I

Ichthyose. — Deux cas d'ichthyose cornée partielle, par Philippson. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 8.)

Idiotie. — Sclérose diffuse du cerveau chez une idiote de deux ans, par H. von Wyss. (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 215, 1er avril.)

Infection. — Influence de la faim sur la susceptibilité aux maladies infectieuses, par Canalis et Morpurgo. (*Forts. d. Med.*, VIII, 18.) — Influence du système nerveux sur l'infection, par Féré. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Théorie de la maladie infectieuse, de la guérison, de la vaccination et de l'immunité naturelle, par Bouchard. (*Acad. des sc.*, 29 septembre.) — Des erreurs dans le diagnostic des maladies infectieuses, par Russell. (*Glasgow med. journ.*, juillet.) — Dégénérescence graisseuse infectieuse expérimentale, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Sur la possibilité de l'infection à travers une surface suppurante, par L. Sestini. (*Riforma medica*, 28 juillet.) — Nouvelles recherches sur quelques états d'auto-intoxication acide de l'organisme, par P. Pellacani. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, mars.)

Inflammation. — État de nos connaissances sur les processus d'inflammation et de suppuration, par Schuh. (*Münch. med. Woch.*, n° 30.)

Inhalation. — Inanité des inhalations d'air à haute température dans les voies respiratoires démontrée chez un malade atteint de fistule bronchique, par Schmidt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 9 juin.) — Sur le traitement des affections des voies respiratoires par les inhalations, par Baner. (*N. York med. journ.*, p. 317, 22 mars.)

Injection. — Injections hypodermiques aseptiques, par Monoyer. (*Lyon méd.*, 26 octobre.) — Accidents locaux produits par les injections hypodermiques

de cocaïne, par Bousquet. (*Bull. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 297.) — Traitement des abcès et des arthrites tuberculeux par les injections d'iodoforme, par Bruns. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Accidents consécutifs aux injections d'éther iodoformé, par Verneuil. (*France médicale*, 9 mai.) — Injection dans le péritoine comme moyen de remplacer les injections dans les veines, application au cas du lactose, par Dastre. (*Arch. de phys.*, n° 4.)

Insolation. — L'insolation et le coup de chaleur, par G. Petella. (*Giorn. med. dell. esercit.*, n° 6, p. 673.) — Insolation et folie, par Hyslop. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.) — Destruction des fibres nerveuses à la suite d'insolation, par Cramer. (*Cent. f. pathol. Anat.*, 25 mars.)

Intestin. — Anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, par Fromom. (*Thèse de Lille.*) — Influence des médicaments sur la résorption intestinale, par Leubuscher. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Rôle des sécrétions intestinales dans la formation des matières fécales. Expériences sur les chiens, par Hermann. (*Ibid.*, 9 juin.) — Hémachromatose et diverticules multiples acquis de l'intestin, par Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 juin.) — Étude de l'entérite membraneuse, par Kitagawa. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2.) — Entéro-colite par l'amœbo coli, par Fenoglio. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Note sur un cas de duodénite, par Lesage. (*France médicale*, 11 avril.) — De la constipation habituelle, par Nothnagel. (*Wien. med. Presse*, n° 10, p. 361.) — La question de l'infection intestinale, par Korkunoff. (*Arch. f. Hyg.*, X, 4.) — Nécrose circulaire de l'intestin, par Grawitz. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — De l'antisepsie intestinale, par Cantani. (*Deut. med. Zeit.*, n° 43.) — Appendicite et typhlite, par. C. Talamon. (*Médecine moderne*, 19 juin.) — Appendicite, opération, par Garceau. (*Boston med. journ.*, 6 novembre.) — Appendicite récurrente, par Wyeth. (*N. York surg. Soc.*, 23 avril.) — Appendicite récidivée ; appendicite aiguë, par M. Burney. (*N. York surg. Soc.*, 28 mai.) — Des appendicites, par Reclus. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Etude de l'appendicite, par Stimson. (*N. York med. journ.* 25 octobre.) — Appendicite avec perforation, par Schooler. (*Med. News*, 25 octobre.) — Appendicite et typhlite, par Raoult. (*Progrès médical*, 7 juin.) — Appendicite stercorale simple, diagnostic et traitement médical, par Jégu. (*La Médecine moderne*, 18 septembre.) — Typhlo-périty phlite, par A. Cantani. (*Il Morgagni*, août.) — Appendicite, opération, hernie, guérison, par Stedman. (*Boston med. journ.*, 25 septembre.) — Périty phlite, thrombose de l'artère fémorale, embolie de l'artère pulmonaire droite, pleurésie séreuse et enfin grippe ; résection de la 5e côte, par Landgraf. (*Berliner klin. Woch.*, p. 415, 5 mai.) — Cas de perforation de l'appendice vermiforme, par Cornaz, H. de Montmollin, Morin (entérolithe, poil de brosse à dents, graines de figues). (*Revue médic. Suisse romande*, X, 432 et 443, juin.) — Abcès périty phlitique guéri sans opération, par Eisenlohr. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Traitement des appendicites, par Reclus. (*Semaine méd.*, 6 août, et *Mercredi méd.*, 5 novembre.) — De l'intervention chirurgicale dans les périty phlites, par Tuffier et Hallion. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Résection de l'appendice vermiculaire, par John Wyeth. (*Internat. Journ. of surgery.*, mai, p. 404.) — Perforation de l'appendice cæcal traitée par la laparotomie : mort, par S. Graves. (*Med. News*, 2 août, p. 405.) — Laparotomie dans 2 cas d'appendicite, par Briddon. (*Soc. de chirurgie de N.-York*, 11 décembre 1889.) — Un cas de rétrécissement congénital du gros et du petit intestin avec absence d'un rein, par Rosenkranz. (*Inaug. Diss. Koenigsberg.*) — Rétrécissement congénital du duodenum, hématémèse, mort au 5e jour, par Emer-

son. (*N. York med. journ.*, 9 août.) — Une forme rare de rétrécissement cancéreux de l'iléon, par Chiari. (*Prager med. Woch.*, n° 3.) — Perforation de l'intestin grêle causée par des pépins d'orange dans une hernie inguinale, par Pitts. (*London path. Soc.*, 21 oct.) — Tumeur du foie secondaire à un cancer du côlon descendant, par Moore. (*London path. Soc.*, 21 octobre.) — Cancer primitif de l'iléon, par Ransom. (*Lancet*, 15 novembre.) — Tumeur kystique renfermant du sang en partie coagulé, pédiculisée sur l'intestin grêle et adhérente au mésentère et à l'épiploon, par Terrier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 383.) — Le cuir frais pour l'anastomose intestinale, par Robinson. (*N. York med. journ.*, 18 octobre.) — Étude expérimentale de l'anastomose intestinale, par Davis. (*Times and register*, janvier.) — Trois notes sur la chirurgie intestinale, par Sachs. (*Cent. f. Chir.*, 27 septembre.) — Nouveaux procédés d'entérorraphie et de gastrorraphie, par Martino. (*Progresso med.*, n° 23 et suiv.) — Des opérations intestinales pour tumeurs, en particulier de la résection de l'intestin, par Koenig. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — De la résection de l'intestin, par Koenig. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 458, 19 mai.) — Gastro-entérostomie, par Atkinson. (*Leeds and West riding med. Soc.*, 10 octobre.)

Iris. — Irido-cyclite double embolique après l'influenza, par Laqueur. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.) — Éclat d'acier ayant séjourné plusieurs années dans l'iris ; extraction à l'aide d'une iridectomie ; acuité visuelle bonne, par Blessig. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, mai.) — Du rapport entre le colobome de l'iris et de la choroïde et l'existence de la membrane capsulo-papillaire, par Seggel. (*Ibid.*, août.) — Iridectomie par un procédé simplifié, par Dujardin. (*Journ. sc. méd. Lille*, 13 juin.)

K

Kyste. — Des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne, par Breuil. (*Thèse de Nancy.*) — Des kystes par rétention des glandes sudoripares de la poitrine, par Cahen. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Traitement des ganglions et des kystes synoviaux par l'excision, par Bond. (*Practitioner*, juin.) — Recherches chimiques sur le contenu des kystes butyreux, par Smita. (*Wiener klin. Woch.*, n° 29.) — Sur les kystes poplités, par Garnier. (*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — Kyste sébacé du dos, par John Wyeth. (*Internat. Journ. of surgery*, mai, p. 106.)

L

Lacrymal (App.). — De la structure des voies lacrymales chez l'homme, par Cirincione. (*Riforma med.*, 25 août.) — Traitement du larmoiement simple et de la dacryocystite, par Dehenne. (*Journ. de méd., Paris*, 28 septembre.) — Dacryocystite aiguë, par Webster. (*N. York med. journ.*, p. 320, 22 mars.) — Nouveau procédé opératoire pour le traitement du rétrécissement lacrymal, par Galezowski. (*Bull. acad. de méd.*, 14 octobre.) — Trachome des canalicules lacrymaux, par Cirincione. (*Giorn. dell Ass. dei natural. Naples*, I, 4.) — De l'ablation des glandes lacrymales palpébrales, par Castagné. (*Montpellier méd.*, 16 juin.)

Lait. — Action des moyens usuels pour la conservation du lait, par LAZARUS. (*Inaug. Diss. Leipzig.*) — Sur la constitution histologique et la composition chimique comparées des laits de vache, de chèvre, d'ânesse et de femme, et les conséquences qui en découlent pour la physiologie et l'hygiène, par BÉCHAMP. (*Bull. acad. de méd.*, 5 août.) — Sur les propriétés destructives du lait sur les bactéries, par FOKKER. (*Zeit. f. Hyg.*, IX, 1.) — Le lait (point de vue biologique), par A. LUTON. (*Union médicale du Nord-Est*, n° 2, p. 60.) — Sur une variété de bacille du lait bleu, par BEHR. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 16.) — De la stérilisation du lait par le peroxyde d'hydrogène, par HEIDENHAIN. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 16.) — Conserves de lait, par SOXHLET. (*Münchener med. Woch.*, n° 19.) — Lait stérilisé, par PIETRUSKY. (*Ibid.*, n° 30.) — De la pasteurisation du lait, par BITTER. (*Zeit. f. Hyg.*, VIII, 2.) — Stérilisation du lait, par CURRIER. (*N. York. med. journ.*, p. 687, 21 juin.)

Langue. — La langue noire, mélanotrichie linguale, par SURMONT. (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre.) — La langue noire, sa première description, par LANDOUZY, en 1845. (*Union méd. Nord-Est*, septembre.) — Glossite aiguë hémorragique, par MYGIND. (*Hosp. Tidende*, VII, n° 52.) — Hémiatrophie de la langue d'origine périphérique, par BIRKETT. (*Canadian med. Assoc.*, 9 septembre.) — Traitement de la sécheresse de la langue, par BLACKMANN. (*Int. klin. Rundschau*, 10 août.) — Ulcération sublinguale indépendante de la coqueluche, par COMBY. (*France méd.*, 21 février.) — Tuberculose linguale par inoculation secondaire, par TOISON. (*Journ. sc. méd. Lille*, 3 octobre.) — Hypertrophie glandulaire de la base de la langue, par THRASHER. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — Même sujet, par BOYLAN. (*Ibid.*) Papillome de la langue, ablation, par COVERNTON. (*Canadian Practitioner*, 16 juin.) — Symptômes et traitement des tumeurs de la base de la langue, par BARCLAY. (*Bristol med. chir. journ.*, juin.) — Tumeur de la langue chez un enfant de 8 ans, par BASTIN. (*Presse méd. belge*, 14 septembre.) — Tumeur de la langue chez un enfant de 10 ans, par GEVAERT. (*La Clinique*, 17 juillet.) — Macroglossie congénitale par kyste lymphatique chez un garçon de 7 ans, par BOBRIK. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.)

Laparotomie. — Des laparotomies pratiquées à la clinique gynécologique de Berlin de 1887 à 1890, par OLSHAUSEN. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — La laparotomie, par WEISS. (*Revue méd. de l'Est*, n° 16, p. 481.) — Asepsie ou antisepsie dans les laparotomies, par REIN. (Congrès de Berlin, *Ann. de gyn.*, septembre.) — Une nouvelle salle d'opérations pour les laparotomies, par BALANDIN. (Congrès de Berlin, *Supplém. au Centr. für gyn.*) — Technique des laparotomies, par KUEMMELL. (*Deut. med. Zeit.*, n° 46.) — De l'élévation du bassin dans les laparotomies, par LEOPOLD. (*Cent. f. Gynaek.*, 18 octobre.) — Traitement consécutif de la laparotomie, par WATKINS. (*Americ. journ. of obst.*, septembre.) — Le drainage après la laparotomie, par ASHBY. (*Americ. gyn. soc.*, 16 septembre.) — Contribution à l'étude des laparotomies et spécialement des myomotomies conservatrices, par Egon BRAUN VON FERWALD. (*Vienne.*) — Quelques particularités observées dans les laparotomies, par DELÉTREZ. (*Broch. Bruxelles.*) — Kyste papillomateux, laparotomie, plaie de la vessie, suture et guérison, par CABOT (*Boston med. journ.*, 24 juillet.)

Larynx. — Sur la question du nerf laryngé moyen, par ONODI. (*Rev. de laryngol.*, 15 octobre.) — Le centre respiratoire et ses rapports avec l'innervation laryngée ; des racines des nerfs du larynx, par GROSSMANN. (*Wiener klin. Woch.*, n° 49, 1889, et 1 à 5, 1890.) — Des relations du larynx avec le système nerveux moteur, par SEMON et HORSLEY. (*Arch. de laryng.*, III, n° 4.) — Des rapports du vague et du sympathique dans le

larynx, par ALPIGER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, confirmation des idées de Jelenffy, par RAUGÉ. (*Lyon méd.*, 3 août.) — Sur la fonction de certains muscles du larynx, par MASINI. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Méthode pour enregistrer les mouvements de la vocalisation, par ANATOLE PILTAN. (*The journal of Physiology,* vol. X, p. 433.) — Relations de la respiration diaphragmatique et de la respiration costale, particulièrement dans leurs rapports avec la phonation, par MYRA POLLARD et H. SEWARD. (*The journal of Physiology*, vol. XI, p. 160.) — Un miroir réflecteur pour la démonstration des affections du larynx, du nez et de l'oreille, par NOLTENIUS. (*Therap. Monats.*, février.) — Éclairage par transparence des cavités du larynx et des cavités crâniennes, présentation d'instruments, par SCHLEICHER. (*Bull. soc. méd. Anvers,* juillet.) — De l'examen du larynx comme élément précoce de diagnostic général, par RAUGÉ. (*Bull. méd.*, 3 septembre.) — Aperçu sur les travaux de ma clinique de laryngologie et d'otologie du 1er janvier 1889 au 31 mars 1890, par SCHLEICHER. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — La section de laryngologie au congrès de Berlin, par MASSEI. (*Arch. ital. di laring.*, X, 4.) — La laryngologie de Trousseau et d'Horace Green, par DONALDSON. (*N. York med. journ.*, 30 août.) — Aperçu sur les travaux de la clinique de laryngologie et d'otiatrie, par SCHLEICHER. (*Bull. soc. méd. d'Anvers,* p. 177, août.) — Œdème aigu primitif du larynx, par MARTINO. (*Riv. clin. d. univ. Napoli*, juin.) — Œdème aigu du larynx par l'ingestion d'iodure de potassium, par GROENOUW. (*Therap. Monats.*, mars.) — Effets de l'air sec sur l'inflammation chronique du larynx et du nez, par FLETCHER INGALS. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 11 octobre.) — Enrouement et perte de la voix causés par de mauvaises méthodes vocales, par LANGMAID. (*N. York med. journ.*, 1er novembre.) — Laryngite catarrhale chronique avec œdème hypertrophique de la muqueuse sous-glottique, asphyxie imminente, trachéotomie, guérison, par URUNELA. (*Archivos int. de laring.*, I, n° 4.) — Traitement de la laryngite pseudo-membraneuse par les fumigations mercurielles, par LAW. (*Brooklyn med. journ.*, août.) — Nouvelle méthode de médication laryngo-bronchique par les pulvérisations pendant l'inspiration profonde, par BLEYER. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 1er novembre.) — L'état désigné sous le nom de cordite tubéreuse, par RICE. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai.) — Pathologie et traitement de la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique, par SOKOLOWSKY. (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 19.) — De l'érysipèle du larynx, par GERLING. (*N. York. med. Monats.*, II, 1.) — Abcès rétro-laryngé aigu à pneumocoques, compliqué de pneumonie, par JOSSERAND. (*Province méd.*, 16 août.) — Vertige laryngé avec hypertrophie de l'amygdale linguale, par GLEITSMANN. (*N. York med. Monats.*, I, 10.) — Du vertige laryngé, par D'AGUANNO. (*Arch. ital. di laring.*, X, 4.) — Traitement du spasme glottique par l'intervention endo-laryngée, par KAYSER. (*Therap. Monats.*, octobre.) — L'aphonie hystérique, par FLETCHER INGALS. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — Aphonie hystérique, note sur le traitement, par BACH. (*Med. News.*, 13 septembre.) — Aphonie hystérique guérie par l'électrisation de l'accessoire de Willis, par CLEMENS. (*Therap. Monats.*, août.) — La chirurgie du nerf laryngé supérieur dans les affections spasmodiques du larynx, par CREVELING. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — Recherches expérimentales sur les paralysies laryngées, par ONODI. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 10.) — Etude sur les laryngoplégies unilatérales, leur valeur diagnostique, par MONCORGÉ. (*Thèse de Lyon.*) — Anévrysme de l'aorte avec paralysie récurrentielle bilatérale consécutive, par FRANKEL. (*Münch. med. Woch.*, n° 20, 20 mai 1890.) — Pathologie des lésions de motilité du larynx, deux cas de paralysie bilatérale des adducteurs, par GOTTFRIED SCHEFF. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 20 juin.) —

Des relations entre les lésions bulbo-nucléaires et certains troubles obscurs nerveux des voies respiratoires supérieures, par NOLAND MACKENZIE. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai.) — Paralysie unilatérale des abducteurs suite d'une attaque bulbaire due probablement à une suppuration du sinus maxillaire, par BOSWORTH. (*N. York med. journ.*, 11 octobre.) — Paralysie unilatérale du crico-aryténoïdien latéral, par FLETCHER INGALS. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai.) — Deux cas de paralysie des abducteurs du larynx de cause incertaine, par TREVELYAN. (*Brit. med., j.*, p. 616, septembre.) — Sur le diagnostic des manifestations pharyngo-laryngées dans la syphilis tertiaire, par ROQUER Y CASADESUS. (*Rev. de laryngol. otol.*, juin.) — Tumeurs condylomateuses du larynx, papillomes syphilitiques, par LACOARRET. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, juillet.) — Coïncidence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par SCHNITZLER. (*Int. klin. Rundschau*, 7 septembre.) — Contribution à la question de la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical, par LUC. (*Arch. de laryng.*, III, n° 4.) — Du traitement des ulcérations du larynx, par la résorcine, par DE TYMOWSKY. (*Rev. de laryng.*, 15 septembre.) — Electrolyse endo-laryngée, par RIASSUNTI. (*Il policlinico*, 8 septembre.) — Le menthol dans les affections des voies respiratoires, par SETH BISHOP. (*Med. News.*, 26 juillet, p. 81.) — Le curage du larynx, méthode d'Heryng, par SCHAEFFER. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Plaie de la corde vocale gauche, par SEMELEDER. (*N. York med. record.*, 9 août.) — Plaie du larynx par arme à feu, trachéotomie, mort d'accidents septiques, par FABIANI. (*Arch. ital. di laryng.*, X, 3.) — Fracture du cartilage thyroïde, hémorragie du larynx, par BARLING. (*Birmingham med. Review.*, juillet.) — Traitement des rétrécissements membraneux de la région sous-glottique, par JACOBSON. (*Meditzina*, n° 1.) — Deux cas de kyste sanguin du larynx, par CHARAZAC. (*Ann. polyclinique Toulouse*, juin.) — Note supplémentaire sur les tumeurs cartilagineuses du larynx et les tumeurs verruqueuses du nez, par FLETCHER INGALS. (*Americ. laryng. assoc.*, 29 mai.) — Deux cas de polype du larynx à répétition, myxome, fibro-sarcome, par ARNAUD. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, juillet.) — Myxome de l'épiglotte, par VAN DER POEL. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai.) — Thyréotomie pour papillomes multiples, par VAN ANROOY. (*Weekbl. von het Nederl. Tidj. voor Geneesk.*, I, n° 8.) — Papillome du larynx, extirpation, par BARLING. (*Birmingham med. Review*, juillet.) — Tumeurs bénignes du larynx, par GEORGE M. LEFFERTS. (*Internat. journ. of surgery*, mai, p. 106.) — Rôle des microbes dans le développement et l'élimination spontanée de trois gros polypes sus-glottiques, par BOINET. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Papillome de la corde vocale, par COE. (*N. York med. journ.*, p. 408, 12 avril.) — Disparition spontanée d'un papillome laryngé après une trachéotomie, par WARWICK-COWGILL. (*Med. News.*, 4 octobre.) — Mort à la suite de l'extirpation d'un polype du larynx, par GRUENWALD. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXXIV, 10.) — Le diagnostic précoce des tumeurs malignes du larynx, par DELAVAN. (*N. York med. j.*, 8 novembre.) — Diagnostic et traitement du cancer du larynx, par GOTTSTEIN. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 2 septembre.) — De la laryngofissure, par PRIENIEZIEK. (Congrès de Berlin, *Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Les opérations sur le larynx pour les tumeurs malignes. (*Journ. of laryng.*, septembre.) — Guérison d'un cancer du larynx par l'extirpation de la moitié gauche de cet organe, par STŒRK. (*Wiener med. Wochens.*, n° 32.) — Laryngectomie partielle pour cancer du larynx, mort au 4e jour, par THORNER. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 21 juin.) — Les opérations radicales pour la guérison du cancer intrinsèque du larynx, par BUTLIN. (*Brit. med. journ.*, 23 août.) — Un cas d'extirpation du larynx, quelques considérations sur cette opération, par CISNEROS Y SEVILLANO. (*Rev. clin. de los hospitales, Madrid.*) — De l'extirpation du larynx, par

LAURENT. (*Le Scalpel*, 1er juin.) — La suture du larynx, étude clinique et expérimentale, par L. LENI. (*Morgagni*, mars.)

Lèpre. — La lèpre à Hanoï, par BOINET. (*Rev. de méd.*, août.) — Rapport du comité de recherches sur la lèpre. (*Journ. of leprosy investig. committee*, août.) — La contagiosité de la lèpre, par FORNÉ. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — De la lèpre, par VIOTTI. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXV, 3.)— Recherches histologiques et bactériologiques sur la lèpre, par V. GIANTURCO. (*Giornale della Associazione Napoletana di medici e naturalisti*, fasc. 4.) — Cause de lèpre, par MOORE. (*Indian med. Gaz.*, n° 8.) — La lèpre est-elle une affection infectieuse « en train de disparaître » et est-elle héréditaire? par AR. HANSEN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXX, 3.) — La lèpre dans la Colombie, par NICKS. (*Brit. med. journ.*, 8 novembre.) — Visite à l'hôpital Recknal pour les lépreux à Molde, par JAMIESON. (*Edinb. med. journ.*, novembre.) — Un cas de lèpre indigène, par ABRAHAM. (*London path. soc.*, 4 novembre.) — Un cas de lèpre anesthésique, par PAWLOW. (*Med. Obosren.*, XXXIV, 15.) — Cas de lèpre anesthésique, suite probable de vaccination, par SWIFT et MONTGOMERY. (*Occident. med. Times*, n° 9.) — Elongation nerveuse répétée pour un cas de lèpre, par BEEVEN RAKE. (*Brit. med. journ.*, 25 octobre.)— Deux cas montrant les résultats du traitement de la lèpre, excision des tubercules, onctions de biiodure de mercure, par RAKE. (*N. York med. journ.*, 2 août.) — Traitement des ulcères perforants dans la lèpre, par RAKE. (*Brit. med. journ.*, 8 novembre.)

Leucémie. — Sur l'influence de la leucémie sur la grossesse et l'accouchement, par CAMERON. (*Americ. journ. of med. sc.*, novembre.) — Etude de la leucémie, par VEHSEMEYER. (*Inaug. diss. Berlin.*) — De la leucémie et de la pseudo-leucémie, par ORTNER. (*Int. klin. Rundschau*, IV, 13.) — Leucémie splénique, par TYSON. (*Pittsburg med. Review*, IV, p. 9.) — Leucocythémie réelle et leucocythémie apparente, par MARAGLIANO et CASTELLINO. (*Riforma medica*, 19 juin.) — Étude bactériologique dans un cas de leucémie, par FERMI. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 18.)

Lichen. — Lichen ruber, 2 cas, par WOODWARD. (*Pacific med. journ.*, n° 3.)

Lipome. — Lipome à siège insolite (plante du pied, fosse temporale), par WEIL. (*Prager med. Woch.*, n° 27.) — Lipome énorme du cordon spermatique, par CARL KOCH. (*München. med. Woch.*, n° 17.)

Locomotion. — Du rôle mécanique des muscles antagonistes dans les actes de locomotion, par DEMÉNY. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Appareil chronophotographique applicable à l'analyse de toutes sortes de mouvements, par MAREY. (*Acad. des sc.*, 3 novembre.)

Lupus. — Des rapports du lupus vulgaris avec la tuberculose, par HUSS. (*Inaug. diss. Berlin.*) — Histologie pathologique du lupus érythémateux, par LELOIR. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Électrolyse dans le traitement du lupus vulgaire, par JACKSON. (*Journ. of cutan. dis.*, novembre.) — Un traitement du lupus vulgaris, par BROOKE. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 9.) — Traitement du lupus par le baume du Pérou, par BECKH. (*Int. klin. Rundschau*, n° 14.)

Luxation. — Des luxations de l'épaule, par LECŒUR. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas de luxation rare, luxation sous-épineuse complète datant d'un mois, réduction par manœuvres externes ; luxation du coude en dehors, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 30 octobre.) — Luxation intracoracoïdienne irréductible, opération, par STIMSON. (*N. York surg. soc.*, 28 mai.) — Luxation sous-acromiale, réduction, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. sc. méd.*

Montpellier, 6 septembre.) — Des luxations isolées de l'extrémité supérieure du cubitus, par Loison. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Du traitement des luxations anciennes et compliquées du coude, par Hauer. (*Int. klin. Rundschau*, 27 juillet.) — De l'opération des luxations irréductibles du pouce, par Rose. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Etiologie des luxations congénitales de la hanche, par Pfender. (*Thèse de Paris*, 13 novembre.) — Irréductibilité des luxations de la hanche, par Poncet. (*Rev. d'orthop.*, n° 5.) — Traitement orthopédique rationnel de la luxation congénitale iliaque du fémur, par Paci. (*Arch. di ortoped.*, VII, n° 3.) — Nouvelle opération pour les luxations congénitales de la hanche, par Hoffa. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 398, 28 avril.) — Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche, par Rosenfeld. (*Münchener med. Woch.*, n° 24.) — Résection coxo-fémorale pour luxation de la hanche, par Ricard. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 408.) — Traitement opératoire de la luxation du genou en dedans, par Edw. Bellamy. (*Brit. med. j.*, p. 627, juillet.) — Trois luxations compliquées de l'articulation tibio-tarsienne, traitées avec succès par la méthode de conservation, par Gibbons. (*N. York. med. journ.*, p. 455.)

Lymphatique. — Du développement des ganglions lymphatiques, par Conil. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires, par Nélaton. (*Semaine méd.*, 5 novembre.) — Adénite cervicale subaiguë d'origine intestinale, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Du traitement des adénites par l'électrolyse, par Lorthivir. (*Journ. de méd.*, *Bruxelles*, 20 août.) — Deux cas de diathèse lymphogène, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 1er octobre.) — Lymphadénome du cou, par Lamb. (*Journal of amer. med. assoc.*, 19 juillet, p. 115.) — Un cas de lympho-sarcome du cou, par Ch. Powers. (*Med. News.*, 26 juillet, p. 85.)

M

Main. — Sur la circulation de la main, par Mouret. (*Montpellier méd.*, 1er août.) — De la ligature à distance dans les plaies de la paume de la main, par Rochard. (*Gaz. des hôp.*, 7 octobre.) — Forme rare d'éphithélioma de la main, par Nancrede. (*N. York med. Record.*, p. 603, 24 mai.) — Chirurgie conservatrice de la main, par Schreiber. (*Münch. med. Woch.*, n° 29.)

Mal de mer. — Du mal de mer, par Roewer. (*Deut. med. Zeit.*, n° 70.) — Notes sur la naupathie et son traitement, par Sirus-Pirondi. (*Marseille méd.*, n° 6, p. 321 ; 1889.)

Maladie. — Maladies catarrhales saisonnières, par Kelsch. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er novembre.) — Constitutions médicales et séries morbides. État catarrhal et grippe. Epidémies de fièvre typhoïde engendrées par les constitutions médicales. Individualisation des maladies les plus spécifiques, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 14 octobre.) — Résistance à la maladie et guérison, par Wright. (*N. York med. Journ.*, p. 484, 3 mai.) — Influence des races sur le cours et le traitement des maladies, par Hoffmeister. (*Practitioner*, septembre.) — Des prédispositions morbides spéciales à chacune des moitiés gauche et droite du corps, par Broussole. (*Gaz. des hôp.*, 6 septembre.)

Maladies professionnelles. — Tatouages et cancroïdes cutanés d'origine professionnelle chez les ouvriers qui fabriquent les briquettes de houille, par E. Rollet. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er novembre.) — Sur un stigmate professionnel important des boulangers, par Raugier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 16 août.) — La maladie des tisseurs de laine, charbon bronchopulmonaire, par Lodge fils. (*Arch. de méd. expér.*, II, 5.) — La main des ouvriers bouchonniers, par Alezais. (*Marseille méd.*, n° 8, p. 497.) — De la folliculite et de la périfolliculite chez les fileurs et les rattacheurs, par Wargnier. (*Thèse de Lille.*)

Malformations. — Transposition du cœur du côté droit; absence du poumon droit, par Crook. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 23 août.) — Malformation faciale (section par bride amniotique), par Chavane. (*Bull. soc. anat.*, p. 137, 7 mars.) — Diagnostic et traitement des absences osseuses congénitales de l'avant-bras et de la jambe, par Burckhardt. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 4.) — De l'hermaphrodisme, par Pozzi. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 juillet.) — Malformation congénitale des organes de la femme, par J. Werner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 217.)

Mamelle. — Mammites chroniques, par Phocas. (*Gaz. des hôp.*, 16 août.) — Nouvelles contributions à la maladie de Paget, par Diday. (*Lyon méd.*, 24 août.) — La maladie cutanée de Paget, par Thibierge. (*Gaz. hebd. de méd.*, 20 septembre.) — Tuberculose mammaire, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 12 juillet.) — Tuberculose du sein et des ganglions axillaires, par Arbuthnot Lane. (*Brit. med. journ.*, 13 septembre.) — Deux cas de tuberculose du sein, par J.-L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 275, avril.) — Tumeurs du sein, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — Sur quelques points particuliers de l'étude des tumeurs bénignes du sein, et de leur traitement, par Jacob. (*Thèse de Lyon.*) — De l'adénome kystique des mamelles, par Schimmelbusch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 449, 19 mai.) — Trois cas de maladie kystique des mamelles considérée au point de vue anatomique, par Toupet. (*Semaine méd.*, 8 octobre.) — Cancer du sein, polyurie, tumeurs secondaires du cerveau, par Walsham. (*Lancet*, 11 octobre.) — Une observation clinique de néoplasme choroïdien développé chez une femme atteinte de cancer du sein, par Guende. (*Marseille méd.*, n° 7, p. 422.) — Un bandage simple pour la mamelle, par Chadbourne. (*Americ. Journ. of obst.*, novembre.) — Des pulvérisations antiseptiques dans diverses affections de la mamelle, par Verneuil. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 387.) — Amputation du sein faite pendant l'anesthésie hypnotique, par Schmeltz. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er juillet.) —

Massage. — Le massage au point de vue pratique, par G. Wolzendorff. (*Hambourg.*) — Le massage comme méthode thérapeutique, par William Murrell. Traduction allemande, par Otto Roth. (*Berlin.*) — Traité du massage, par Kleen, trad. de Schuetz. (311 p., *Berlin.*) — Contribution à l'étude de l'action du massage, par Kappeler. (*Forsch. der Med.*, n° 7, p. 245.) — Du massage vibratoire de la muqueuse du nez, du pharynx nasal et de la gorge, par Braun. (*Arch. de laryngol.*, III, n° 5.) — La pratique du massage utérin, par Gelli. (*Ann. di obst.*, octobre.) — Des indications du massage gynécologique, par Holzapfel. (*Wien. med. Blätter*, n° 40.) — Étude clinique sur le traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brandt, par Fellner. (In-8°, *Vienne.*)

Maxillaire. — Les mouvements de la mâchoire inférieure, par Ch. E. Luce. (*Boston medical and surgical journal*, juillet 1889.) — Diagnostic de l'empyème de l'antre d'Highmor, par Klingel. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 9.) — Empyème du sinus maxillaire, par Milsonn. (*Marseille méd.*, n° 7, p. 478.)

— Étude sur l'empyème de l'antre d'Highmor, par SCHUTZ. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 7.) — L'éclairage par transparence de l'antre d'Highmor et des sinus frontaux pour le diagnostic de leurs maladies et leur traitement chirurgical, par VOHSEN. (*Cong. de Berlin, Arch. ital. di laryng.*, X, 4.) — Curetage du sinus maxillaire pour un cas rebelle d'abcès chronique de cette cavité, par EYSSAUTIER. (*Dauphiné méd.*, août.) — Sur les sarcomes de l'antre d'Highmor, par JOURDAN. (*Thèse de Montpellier.*) — Névralgie traumatique du sous-orbitaire. Fracture du maxillaire supérieur. Blépharospasme, par LAGRANGE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 31 août.) — Forme rare de fracture du maxillaire inférieur, par KERSCHNER. (*Prager med. Woch.*, n° 26.) — Fracture des articulations du maxillaire et nouvelle méthode de traitement, par ED. ANGLE. (*N.-York med. Record*, p. 611, 31 mai.) — Le traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires, par la transplantation d'un lambeau cutané, par BROHL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 156.) — Un cas d'ostéotomie cunéiforme du col du condyle et de l'apophyse coronoïde pour constriction de la mâchoire, par GALLI. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin.) — Étude sur les tumeurs du maxillaire produites par le développement anormal des dents, par HILDEBRAND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Kyste de la mâchoire inférieure, par MONOD. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 131.) — Kystes osseux du maxillaire supérieur, par HERZFELD. (*Deut. med. Zeit.*, 5 juin.) — Un cas d'angiome ossifiant dans le sinus maxillaire, par LUCKE. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIX, 85.) — Sur la présence de corpuscules parasitaires oviformes dans un fibro-sarcome avec myéloplaxes du maxillaire supérieur, par TOISON. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Étude sur 250 cas d'ablation du maxillaire supérieur, par BRYANT. (*Annals of surgery*, mai.)

Médecine (**Hist.**) — Aperçu historique de la chirurgie ancienne, au moyen âge et moderne, par WATSON. (*N.-York med. Journ.*, 2 août.) — Alexandre MONRO et l'origine de l'École de médecine d'Édimbourg. (*Asclepiad*, p. 49, n° 1.) — La pathologie générale et les nouvelles doctrines médicales, son but, son utilité, par BROUSSE. (*Gaz. hebd. sc. méd., Montpellier*, 30 août.) — Sur les contagieuses et maudites bubas, histoire et médecine, par LOPEZ DE VILLALOBOS, trad. de LANQUETIN. (In-12, *Paris.*) — Onomatologie médico-historique, par J. CH. HUBER. (*Münch. med. Woch.*, n° 23.) — Denucé, son œuvre scientifique, par COMPANS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Compte rendu de la Société médicale de Nurenberg en 1889. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.) — Rapport sur l'institut médico-clinique de Munich en 1889, par RIEDER. (*Ibid.*, n° 24.)

Médecine légale. — Le droit de réquisition des médecins par la justice, par VIGIÉ et JAUMES. (*Montpellier méd.*, 16 mai.) — Les médecins experts à l'étranger, par L. REUSS. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 294, avril.) — De quelques particularités de l'écriture des gauchers, par D'ABUNDO. (*Arch. ital. per le mal. nervose*, XXVII, 5.) — Crime et suicide, étiologie générale, facteurs individuels, sociologiques et cosmiques, par CORRE. (In-18, *Paris.*) — Études de médecine légale; valeur de la constatation des gonocoques; valeur de la recherche des ptomaïnes; phases de formation de l'adipocire, action de la foudre, par KRATTER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 septembre.) — Sur un cas de momification spontanée et application de l'entomologie à la médecine légale, par MARINI et VISART. (*Sperimentale*, septembre.) — Faux témoignages des enfants en justice, par MOTET. (*Soc. de méd. lég.*, 10 novembre.) — Hystériques infanticides, par HOSPITAL. (*Ann. méd. psych.*, septembre-octobre.) — L'état mental de Passanante, par TAMBURINI et ALGERI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 3.) — Suicides étranges, par MOREAU. (*Ann. méd. psych.*, septembre-octobre.) — Contribution

médico-légale à l'étude des empreintes sur la neige, par F. Guelfi. (*Riforma medica*, 27 mai.) — Étude médico-légale des affections pulmonaires consécutives aux traumatismes de la tête, par Seligmann. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L, 215.) — Diagnostic médico-légal de l'intoxication par le sulfure de carbone, par Vibert. (*Médecine moderne*, 21 mai.) — Perforations spontanées de l'estomac, par Vibert. (*Soc. de méd. lég.*, 10 novembre.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'un homme poursuivi pour avoir coupé les nattes de plusieurs jeunes filles, par Auguste Voisin, J. Socquet et A. Motet. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 331, avril.)

Médecine militaire. — Les simulations au point de vue militaire, par E. Heller. (*Leipzig.*) — Simulation et dissimulation des maladies dans la marine, par Mottin. (*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — Le soin des malades en temps de paix et de guerre, par Paul Rupprecht. (*Leipzig.*) — Essais de topographie médicale d'après les documents du comité technique de santé, la Charente-Inférieure, par Jeunhomme. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — L'état sanitaire de l'armée française en 1888, par Longuet. (*Semaine méd.*, 13 août.) — Manœuvres du service de santé de l'armée dans la prochaine guerre, par Gavoy. (In-8°, 60 p., *Paris.*) — Des conditions d'aptitude physique au service militaire, par Amat. (*Gaz. méd., Paris*, 23 août.) — Sur l'épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Poitiers, par Brossard. (*Poitiers méd.*, mars.) — De la fièvre typhoïde dans la garnison de Landau de 1816 à 1869, par Bischoff. (*Inaug. diss., Erlangen.*) — Des maladies vénériennes dans les armées, par Ritter van Taply. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 6)

Médecine opératoire. — Traité de médecine opératoire, par Löbker, trad. de Hanquet. (In-8°, *Liège.*) — Rapport sur les opérations pratiquées à la polyclinique royale de l'Université de Munich dans l'année 1889, par Angerer. (*Münch. med. Woch.*, n° 16.)

Mélanose. — Deux cas de mélanodermie d'origine nerveuse, par Girode. (*Ann. de Dermat.*, I, n° 10.)

Méninge. — De quelques particularités de la dure-mère, par Trolard. (*Journ. de l'anat.*, n° 4.) — Physiologie pathologique de la pachyméningite, par Adamkiewicz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 499, 2 juin.) — Convulsions épileptiformes, pachyméningite hémorragique, par Saunders. (*Lancet*, 15 novembre.) — Méningite suppurée localisée avec remarques sur la représentation corticale des mouvements conjugués des yeux et de la tête, par Permewan. (*Lancet*, 9 août.) — Un cas de méningite et de péritonite à pneumocoques sans pneumonie, par Boulay et Courtois-Suffit. (*Soc. méd. des hôp.*, 16 mai.) — Méningite cérébro-spinale compliquée d'otite, par Larsen. (*Lancet*, 1er novembre.) — Hémorragie méningée; trépanation; ligature de la carotide, par Ransohoff. (*N.-York med. Record*, p. 635, 31 mai.)

Menstruation. — La menstruation et ses déviations morbides, par Léopold Meyer. (*Stuttgart.*) — Loi de périodicité des fonctions physiologiques dans l'organisme féminin. (*Cong. de Berlin, Ann. de gyn.*, septembre.) — L'âge de la puberté chez les Indiennes, par Holder. (*Americ. Journ. of obst.*, octobre.) — Menstruation et ablation des deux ovaires, par Engelmann. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 août.) — De l'aménorrhée avec dépression, résultat de choc mental, par Herman. (*Lancet*, 11 octobre.) — Hémorragie mortelle pendant la menstruation, par Flesch. (*Cent. f. Gynæk.*, 13 septembre.) — Traitement de la dysménorrhée

obstructive, par More Madden. (*Cong. de Berlin*, *Ann. de gyn.*, août.) — Méthode de traitement contre l'aménorrhée des maladies générales, par C. Borsari. (*Riforma medica*, 20 juillet.)

Moelle. — Faisceaux ascendants de la moelle et leur relation avec la colonne de Clarke, par F. W. Mott. (*Journ. of physiology*, vol. XI, p. 159.) — Structure intime de la moelle épinière, par A. Kölliker. (*Sitzungsb. der Physik. med. Gesellsch. zu Wurzburg*, p. 44.) — Histogénèse de la névroglie de la moelle spinale du poulet, par Lachi. (*Broch.*, *Pise.*) — La moelle spinale d'un veau dicéphale, par Sperino. (*Giorn. Accad. di med.*, *Torino*, juin.) — Sur l'existence d'un faisceau anormal dans la moelle allongée chez l'homme, par A. Cramer. (*Centralbl. f. pathol. Anat.*, n° 11.) — Connexion de la pie-mère avec la moelle épinière, par Asklund. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 4.) — De l'influence des racines postérieures sur l'excitabilité des racines antérieures, par Belmondo et Oddi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 3.) — Spina bifida, bifidité de la moelle, hydromyélie, par Steffen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 4.) — Les mouvements athétosiques dans les affections spinales, par R. Massalongo. (*Gazzetta degli Ospitali*, n° 12.) — De la sclérose postéro-latérale, par Putnam. (*Americ. neurol. Assoc.*, 4 juin.) — Étude de la sclérose latérale amyotrophique, par Hwass. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 20.) — Sclérose latérale amyotrophique, par Thérèse. (*France méd.*, 20 juin.) — Sur la dégénérescence secondaire ascendante du cordon de Gowers et du faisceau cérébelleux direct, par O. Barbacci. (*Riforma medica*, 27 août.) — Maladie du tunnel (affection de la moelle due aux brusques changements des pressions d'air comprimé, par Leonore Corning. (*N.-York med. Rec.*, p. 513, 20 mai.) — Ramollissement chronique de la moelle, paralysie sénile, par Dana. (*Americ. neurol. Assoc.*, 4 juin.) — Paraplégie sénile progressive, contribution à l'étude du ramollissement non inflammatoire de la moelle, par Dana. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — La nature infectieuse de la polyomyélite aiguë, par Briegler. (In-8°, *Iéna.*) — Myélite aiguë précédée par une névrite optique aiguë, par Eskridge. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Étude de la paralysie pseudo-bulbaire, par Muenzer. (*Prag. med. Woch.*, 16 juillet.) — Deux cas de syringomyélie, par Jeffries. (*Journ. of nerv. dis.*, septembre.) — Étude de la syringomyélie, par Rosenbach et Schtcherbak. (*Neurol. Centr.*, n° 8.) — Étude de la syringomyélie, par Kanasugi. (In-8°, *Tubingue.*) — Syringomyélie, par Blocq. (*Brain*, n° 51.) — De la syringomyélie, par Jumon. (*France médicale*, 25 juillet.) — Tabes et dissociation syringomyélique de la sensibilité, par Parmentier. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 5.) — Sur l'existence du rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, par Déjerine et Tuilant. (*La Médecine moderne*, 28 août.) — Les altérations cutanées de la syringomyélie, par Thibierge. (*Ann. de Derm.*, I, n° 10.) — Syringomyélie et maladie de Morvan, par Joffroy et Achard. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 juillet 1890.) — Sur un cas de maladie de Friedreich, autopsie, par Auscher. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Idem, par Déjerine. (*Ibid.*) — Sur une forme particulière de maladie de Friedreich avec atrophie musculaire et troubles de la sensibilité, par J. Déjerine. (*Médecine moderne*, 12 juin.) — Maladie de Friedreich, par Achard. (*Gaz. des hôp.*, 7 octobre.) — Ataxie locomotrice avec paralysies des nerfs craniens et atrophie musculaire, par Peterson. (*Americ. neurol. Assoc.*, 4 juin.) — Ataxie locomotrice datant de plusieurs années. Délire chronique. Fracture complète de la jambe; guérison en un mois, par Christian. (*Union médicale*, 19 juillet.) — Paraplégie ataxique, autopsie; ataxie locomotrice, suspension, mort de septicémie, par Clarke. (*Brain*, n° 51.) — Un symptôme de début du tabes (impossibilité d'aller à reculons), par

Weiss. (*Wiener med. Presse*, n° 6.) — Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres dans le tabes, par Ira van Gieson. (*Journ. of nerv. and ment. dis.*, juillet.) — Modifications apportées à la technique de la suspension, par Gilles de la Tourette. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 3, p. 128.) — Des injections sous-cutanées de sels d'argent dans le tabes, par Rosenbaum. (*Therap. Monats.*, mai.) — Pathologie du tubercule solitaire de la moelle, par Heuter. (*Americ. neurol. Assoc.*, 4 juin.) — Étude sur la tuberculose de la moelle, par Gunsser. (*Inaug. diss., Tubingue.*) — Aspect légal de la commotion spinale, par Clevenger. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 1er novembre.) — Des lésions de dégénérescence secondaire de la moelle dans un cas de traumatisme de la colonne cervicale, par Arthur Meigs. (*Americ. Journ. of the med. sc.*, p. 128, août.)

Mole. — Sur le diagnostic et le traitement de la mole hydatiforme, 3 cas, par Lewers. (*Lancet*, 3 mai.)

Molluscum. — Volumineux molluscum fibrosum, opération, par Morgan. (*Lancet*, 28 septembre.)

Monstre. — Monstre sternopage, par Condamin. (*Lyon méd.*, 21 septembre.) — Monstre sternopage, par Fraser. (*Americ. Journ. of obst.*, août.) — Monstre fœtal, par Castaings. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 2 novembre.) — Enfant avec trois membres inférieurs, par Godson. (*Trans. obst. Soc., London*, XXXII, p. 132.) — Résultats fournis par la dissection du bras d'un enfant hémimèle, par Variot. (*Gaz. méd. Paris*, 2 août.)

Morve. — La morve et l'immunité morveuse, par Metchnikoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 7.) — Sur la production de l'immunité chez les chevaux contre la morve, par Zakharoff. (*C. Rend. inst. vétér. de Charkoff*, II, 1889.) — Un cas de morve chez l'homme, par Pinteaud Désalleis. (*Union méd.*, 17 mai.)

Mort. — Quelques-unes des causes les plus fréquentes de mort subite, par Ewens. (*Lancet*, 27 septembre.) — A quelle heure meurt-on généralement? par Burns. (*N.-York med. Journ.*, p. 17, 4 janvier.)

Mortalité. — Étude sur la mortalité de Vichy, étrangers et habitants, par Poncet de Cluny. (In-8°, 125 p., *Cusset.*) — La mortalité par profession, en Angleterre, par Arthur Cook. (*Moniteur des assurances*, 19 novembre 1889, et *Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 289, avril 1890.) — De l'influence des éléments météorologiques sur la morbidité et la mortalité, par Longuet. (*Semaine méd.*, 3 septembre.)

Mouche. — Larves de mouches vivantes dans les voies digestives d'un homme, par H. Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 141 et 162, 17 février.) — Remarques sur le travail précédent, par S. H. Scheiber. (*Idem*, p. 408, 5 mai.)

Muscle. — Différences du calibre des faisceaux dans les muscles striés, par R. Mayeda. (*Zeit. für Biol.*, XXVII, p. 119.) — Contribution à la chimie des muscles rouges et des muscles blancs, par E. Wörtz. (*Inaugural dissertation, Tübingen*, 1889.) — Effet de la fatigue sur les contractions musculaires volontaires, par W. P. Lombard. (*American Journ. of psych.*, janvier.) — Recherches sur la légitimité du principe de la conservation de l'énergie dans le cas du travail musculaire, par B. Danilewsky. (*Wiesbaden*, 1889.) — Travail et production de chaleur dans le muscle étiré, par Paul Starke. (*Abhandl. der Mathein-phys. Classe der K. Sachsischen Gesselsch. der. Wissensch.*, vol. XVI, *Leipzig.*) — Le temps de latence mécanique du muscle total, par W. Cowl. (*Verhand. der physiol. Gesell-*

schaft zü Berlin, 1889.) — Structure fibrillaire et contractilité, par E. Ballowitz. (*Archiv für die gesammte Physiol.,* XLVI, p. 433.) — Remarques sur l'excitation polaire et l'excitation de muscle à muscle, par E. V. Regeczsy. (*Ibid.*, XLVI, p. 478.) — L'onde galvanique du muscle, par L. Hermann. (*Ibid.*, XLVII, p. 147.) — Excitation électrique des muscles striés, par W. Biedermann. (*Ibid.*, XLVII, p. 243.) — Durée normale et signification de la période latente de la contraction musculaire, par Gérald F. Yeo. (*The Journ. of Phys.,* vol. IX, p. 396 et vol. X, p. 149.) — De la contraction transversale du muscle, par Lauder Brunton. (*Ibid.*, vol. X, p. 155, II.) — Sur les lois de la fatigue. Expériences sur les muscles de l'homme, par Angelo Mosso. (*Archiv für Physiol.*, p. 89.) — Sur les lois de la fatigue. Expériences sur les muscles de l'homme, par Arnaldo Maggiora. (*Ibid.*, p. 191 et 342.) — Sur le développement du diaphragme à propos d'une anomalie observée chez des animaux de l'espèce bovine, par Guinard. (*Lyon méd.*, 20 juillet.) — Myographe dynamométrique, par Gréhant. (*Soc. de biol.,* 25 octobre.) — Absence congénitale des muscles pectoraux, par Rückert. (*Münch. med. Woch.,* n° 27.) — Deux cas de dystrophie musculaire, par Upson. (*N.-York med. Journ.*, 23 août.) — Note sur l'autopsie d'un cas de pseudo-hypertrophie musculaire, par G. Boccardi. (*Giorn. della Associazione Napolitana di medici e naturalisti*, fasc. 4.) — Un cas d'atrophie musculaire précoce d'origine cérébrale, par Borgherini. (*Neurol. Cent.*, 15 septembre.) — Des myopathies pseudo-hypertrophiques d'origine neurotique, par Annequin. (*Lyon méd.*, 22 juin.) — Myoclonie (paramyoclonus multiplex), par Peper. (*Deut. med. Woch.*, n° 19, p. 399.) — Un cas de paramyoclonus multiplex limité aux muscles de la respiration, per E. Jaja. (*Morgagni*, juillet.) — Un cas de maladie de Thomsen, par Moyer. (*Med. News*, p. 168, 16 août.) — De la polymyosite, par Fenoglio. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.) — De la myosite ossifiante, par Cahen. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Rupture complète du triceps fémoral, guérison, par Cutler. (*N.-York med. Journ.*, p. 319, 22 mars.) — Rupture du moyen adducteur, par Lyot. (*France méd.*, 4 avril.) — De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers, par Schmit. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Sur un cas d'ostéome de l'extrémité inférieure du muscle grand adducteur, par Albertin. (*Province méd.*, 23 août.) — Sur la transplantation du muscle, par Richard Magnus. (*Münch. med. Woch.*, n° 30.)

Myopie. — Une curiosité physiologique de l'œil myope, par Nuel. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 5, p. 300.) — Manière de déterminer plus précisément la position de l'image ophtalmoscopique renversée, d'estimer le degré de myopie, par Nicati. (*Arch. d'opht.,* n° 2.) — Discussion sur les causes, la prophylaxie et le traitement de la myopie. (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. Journ.*, 27 septembre.)

Myxœdème. — Crétinisme et myxœdème, par Hanau. (*Brit. med. Journ.* 4 octobre.)

Myxome. — Myxome du bras, par Courmont. (*Lyon med.,* 12 octobre.)

N

Nerf. — Histologie pathologique des fibres de la névroglie, par Weigert. (*Cent. f. allg. Path.,* I, n° 23.) — Relation entre la structure, la fonction,

la distribution et l'origine des nerfs craniens. Théorie de l'origine du système nerveux des vertébrés, par W.-H. Gaskell. (*The Journal of physiology*, vol. X, p. 153.) — Sur l'origine des 9e, 10e et 11e paires de nerfs craniens, par Koch. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 11.) — Sur les nerfs vaso-moteurs de la rétine, par Doyon. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Les artères et les veines des nerfs, par Quénu et Lejars. (*Acad. des sc.*, 27 octobre.) — Nerfs de l'hémisphère antérieur de l'œil, nerfs ciliaires, etc., par Boucheron. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Anomalie dans le trajet du nerf médian au bras et à l'avant-bras, par Cery. (*Union méd. Nord-Est*, n° 7, p. 239.) — Effets d'excitation dans le nerf polarisé par un courant électrique, par G.-N. Stewart. (*Journal of physiology.*, vol. X, p. 458.) — L'électrotonus en rapport avec la conductibilité des nerfs moteurs de l'homme, par Brugia. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 3.) — De l'action de quelques excitants chimiques sur les nerfs sensibles, par Wertheimer. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Un cas de paralysie multiple des nerfs cérébraux, par Mendel. (*Neurol. Centralb.*, 15 août.) — Un cas de paralysie du nerf radial droit, par Panas. (*Gaz. des hôp.*, 4 septembre.) — Anatomie pathologique des névrites périphériques, par Babinski. (*Gaz. hebd. de méd.*, 9 août.) — Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de différentes substances avec les nerfs vivants, par Titi. (*Thèse de Bordeaux.*) — Étude de la névrite spontanée dégénératrice du plexus brachial, par Leszynsky. (*Journ. of nerv. and. ment. diss.* XVII, p. 18.) — Névrite traumatique, valeur médico-légale de l'électricité pour le diagnostic, par Pritchard. (*N.-York med. Journ.*, 1er novembre.) — Névrite multiple, par Church. (*Journ. amer med. Assoc.*, 1er novembre.) — Des névrites périphériques chez les cancéreux, par Auché. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Névrite multiple d'origine arsénicale, par H. Stark. (*N.-York med. Record*, p. 703, 21 juin.) — Sur la prétendue dégénération nerveuse dans certaines névrites périphériques, par Brissaud. (*Soc. de biol.*, 2 juillet.) — Un cas de névrite d'origine septicémique, par Duménil. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Forme de polynévrite, analogue au beriberi, survenant chez les marins dans les latitudes nord, par Putnam. (*Boston med. Journ.* 11 septembre.) — Polynévrite, par Kahler. (*Wien. med. Presse*, n° 8, p. 281.) — Polynévrite motrice des membres, d'origine mercurielle, par Forestier. (*Médecine moderne*, 21 mai.) — De la névralgie du trijumeau par iodisme aigu, par Ehrmann. (*Wiener med. Blätter*, n° 44.) — Déformation du tronc dans la sciatique, par Vanzetti. (*Broch. Florence.*) — Sur deux cas de guérison complète de la déformation du tronc dans la sciatique, par Souques. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 5.) — Sur une complication de la sciatique, par Guinon. (*Arch. de neurol.*, n° 59.) — De la sciatique réflexe dans les affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme, par Fourquet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Encore un mot sur les injections d'éther sulfurique dans les névralgies, par Kums. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, août.) — Sur le traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur et en particulier sur la résection, par Vernet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement de la sciatique et des autres névralgies, par Mordhorst. (*Therap. Monats.*, juin.) — Sciatiques graves guéries par l'ablation d'une épine osseuse au niveau du grand trou sacro-sciatique, par Bland Sutton. (*London clin. Soc.*, 10 octobre.) — Extirpation du ganglion de Gasser pour névralgie rebelle, par Rose. (*Lancet*, 1er novembre.) — Névrome plexiforme de la paupière supérieure gauche et de la région de la tempe chez une jeune fille de 23 ans, par Delens. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 408.) — Remarques sur la greffe des nerfs, par Edward Atkinson. (*Brit. med. Journ.*, p. 624, septembre.)

Nerveux (Syst.). — Valeur pathologique des ganglions de Gasser, lenticu-

laires, spinaux et cardiaques, par HALE WHITE. (*Brain*, n° 51.) — Sur les plaques nerveuses terminales dans les tendons des vertébrés, par CIACCIO. (*Arch. itat. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Action de l'anémie sur l'excitabilité des centres nerveux, par ADUCCO. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Les maladies nerveuses et mentales dans le Colorado, par ESKRIDGE. (*N.-York med. Journ.*, 25 octobre.) — Troubles nerveux consécutifs aux traumatismes, par CÉNAS. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — Dégénérescence nerveuse dans l'empoisonnement chronique par l'arsenic, le plomb et l'alcool, par FERGUSON. (*Journ. americ. med. Assoc.*, 25 octobre.) — Impotence fonctionnelle des membres après les maladies graves, par WALLACE. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXV, p. 201.) — De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux, par STEINMETZ. (*Thèse de Nancy.*) — Sur le traitement des maladies du système nerveux, par SUCKLING. (In-8°. *Londres.*)

Névrose. — De l'anxiété paroxystique, par BRISSAUD. (*Semaine méd.*, 12 novembre.) — Un cas de tic convulsif avec étholalie et coprolalie, par CROCE. (*Arch. di psichiat.*, XI, 2.) — De l'agoraphobie, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 16, p. 401.) — Trophonévrose faciale à début frontal, par P. GOSSET. (*Union méd. du Nord-Est*, n° 9.) — Sur la neurasthénie, étude clinique et nosographique, par S. DE SANCTIS. (*Morgagni*, juillet.) — De la neurasthénie, par BORDARIES. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la neurasthénie et de son traitement, par LOH. (In-8°. *Wiesbade.*) — Névroses vasomotrices d'origine pelvienne, par SMITH. (*Americ. Journ. of obst.*, novembre.) — Névroses de développement, par CLOUSTON. (*Lancet*, 15 novembre.) — La maladie d'Erichsen, forme de névrose traumatique, par CLEVENGER. *Boston med. Journ.*, 4 septembre.) — Étude des névroses traumatiques, par THIES. (*Inaug. Diss. Gottingen.*) — Un cas de névrose traumatique, par FRENKL. (*Int. klin. Rundschau*, 20 juillet.) — Un cas de cyanose névropathique, par TORDEUS. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 septembre.) — Pathologie et traitement de la migraine, par PEAKE. (*Lancet*, 27 septembre.) — Crampe des tailleurs et autres troubles des fonctions de la main, par POORE. (*Lancet*, 16 août.) — Guérison de névroses anciennes par le rétablissement de l'équilibre oculaire, par ALLPORT. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 1er novembre.) — Traitement des névroses, par SEGUIN (*N.-York med. Journ.*, p. 337, 29 mars.)

Nez. — Coupes par congélation pour l'anatomie des fosses nasales, par B. FRAENKEL. (1er fascicule, *Berlin.*) — Anatomie du nez, par MILES. (*Journ. of respirat. organs*, avril.) — Manuel des maladies du nez et du pharynx nasal, par BALL. (In-8° 250 pages. *Londres.*) — Maladies du nez et des cavités accessoires, par WATSON. (2e édit. *Londres.*) — Des complications auriculaires dans les inflammations chroniques du nez et de la gorge, par W. EDWARDS. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 4 octobre.) — Les rapports des affections naso-pharyngées avec le catarrhe de l'oreille moyenne, par WELSH. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 6 octobre.) — Le chancre d'origine nasale, par RAULIN. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Des accidents hystériques d'origine nasale, par MARCEL. (*Cong. de Berlin, Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intra-nasal, par LAURENT. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Les névroses nasales, par MACDONALD. (*Wood's med. and surg. Monog.*, octobre.) — Des réflexes du nez, par THRASHER. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre.) — Étude des réflexes du nez et usage thérapeutique de la cocaïne, par PALOMBIERI. (*Gaz. d. Ospit.*, 13 août.) — Rhinite hyperesthésique, par KINNAIRD. (*Americ. Practitioner*, 30 août.) — Note sur l'éternuement provoqué par les excitations lumineuses, par FÉRÉ. (*Soc.*

de Biol., 25 octobre.) — Anosmie par empoisonnement par le tabac, par E. Parker (*Med. News.*, 20 septembre, p. 289.) — Guérison d'anosmie datant de 40 ans, par d'Aguanno. (*Boll. d. mal. dell'Orecchio*, VIII, n° 5.) — Des affections oculaires d'origine nasale, par Nimier. (*Gaz. hebd. de méd.* 1er novembre.) — Relation des affections nasales avec les troubles de l'œil, par Bissell. (*Journ. of opht. otol.*, juillet.) — Neurasthénie et névralgies consécutives à un traumatisme des fosses nasales, par Chappel. (*Gaz. d. Ospit.*, 17 septembre.) — Deux cas d'hydrorrée nasale, par Hardie. (*N.-York med. Journ.*, 6 septembre.) — Le catarrhe nasal chronique à Vermont, par Woodward. (*N.-York med. Journ.*, p. 181.) — La guérison du catarrhe nasal chronique est-elle aussi difficile qu'on l'a supposé? par Douglas. (*N.-York med. Journ.*, p. 22, mars.) — Le catarrhe rétro-nasal et son traitement, particulièrement de la maladie de Tornwaldt, par Gerber. (*Therap. Monats.*, n° 1.) — Obs. de Ziem. (*Ibid.*, n° 4.) — Hypertrophie de la membrane de Schneider, par Potter. (*Times and Register*, 19 juillet.) — Rhinite hypertrophique, par Brown. (*Canada Lancet*, XXII, p. 129.) — Coryza caséeux, rhinite cholestéatomateuse, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 15 octobre.) — Rhinite pseudo-membraneuse, par Chapin. (*N.-York med. Journ.*, p. 685, 21 juin.) — De la rhinite primitive pseudo-membraneuse, par Bischofswerder. (*Arch. f. Kinderh.*, X, 2. — Recherches bactériologiques sur les pseudo-membranes du nez à la suite des cautérisations galvaniques, par Maggiora et Gradenigo. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, n° 21.) — Un cas de rhinite membraneuse, par Irving Townsend. (*Journ. of ophthalm. otol.*, juillet.) — Diphtérie nasale obscure chez des enfants, par L.-E. Holt. (*N.-York med. Journ.*, p. 605, 31 mai.) — Études des suppurations nasales en général ; recherches sur la soi-disant maladie de Tornwaldt, par Ziem. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 7.) — L'ozène et quelques autres formes de rhinite, par Watson. (*Lancet*, 4 octobre.) — Des difformités du thorax et de la face chez les malades atteints d'obstruction du naso-pharynx par l'hypertrophie du tissu adénoïde, par Casselberry. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 20 sept.) — De la rhinite atrophiante, par Seifer. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, 15 octobre.) — Étiologie de l'ozène, par Rosenfeld. (*Ibid.*) — Emphysème pulmonaire par occlusion des voies nasales, par V. Cervello. (*Riforma medica*, 21 mai.) — Occlusion complète du nez par un corps étranger depuis 13 ans, par Davies. (*Lancet*, 15 novembre.) — Hypertrophie des cornets et les dangers qui en résultent, par Weed. (*N.-York med. Journ.*, 30 août.) — Le traitement chirurgical de l'hypertrophie des cornets, par Prince. (*Ibid.*) — Des déviations de la cloison nasale, examen de 974 cas, par Simanowsky. (*Wratch*, n° 37.) — Déviations de la cloison du nez, par Woakes et Walsham. (*Brit. med. Journ.*, p. 617, septembre.) — Tumeurs de la cloison nasale, par Hooper. (*Journ. of respirat. organs*, avril.) — Étiologie de la perforation de la cloison nasale, par Tœplitz. (*Cong. de Berlin, Rev. de laryng.*, 15 octobre.) — Sur les exostoses de la cloison nasale, par Lœwe. (*Ibid.*) — Étiologie et traitement de l'obstruction nasale, par Langmaid. (*Rassegna crit. int. mal. del naso*, III, 2.) — Relations entre l'obstruction nasale et les troubles de la respiration, par Masucci. (*Rassegna crit. int. mal. del naso*, III, 2.) — Des hypertrophies nasales, par North. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre.) — De l'oblitération nasale par épanouissement symétrique de la cloison, par Laurent. (*La Clinique*, 21 août.) — Une fermeture singulière congénitale des choanes, par Onodi. (*Rev. de laryng.*, 1er novembre.) — Nouveau procédé de correction des déviations de la cloison, par Sandmann. (*Bull. Soc. laryng. de Berlin*, I, 2.) — Traitement et ablation des éperons et déviation de la cloison nasale, par Walker. (*Lancet*, 30 août.) — Nouvelle opération pour la déviation de la cloison, par Asch. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai.) — Abcès de la cloison, par Schaeffer. (*Therap. Monats.*,

octobre.) — Abcès traumatique de la cloison, par Ricci. (*Boll. d.. mal., dell' Orecchio*, VIII, 5.) — Des abcès de la cloison du nez, par Schaeffer. (*Prager med. Woch.*, n° 33.) — Fracture du cartilage triangulaire, méthode opératoire, par Dunn. (*Journ. of opht. otol.*, juillet.) — Ulcération de la cloison, par Thudichum. (*West London med. Chir. Soc.*, 3 octobre.) — Tic douloureux causé par une exostose de la cloison, par Gilliam. (*N.-York med. Journ.*, 9 août.) — De l'épistaxis dans le mal de Bright, par Faure Miller. (*Gaz. méd. Paris*, 6 septembre.) — La cause ordinaire et le traitement des épistaxis, par Meijjes. (*Nederl. Tidschr. v. Geneesk.* 4 octobre.) — Des hémorragies nasales, par Potter. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — Ulcères syphilitiques du nez, par James. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 6 novembre.) — Un cas de polype nasal contenant de l'air, par Michael. (*Cong. de Berlin, Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Catarrhe nasal datant de 28 ans, guéri par l'extirpation d'un rhinolithe, par Whise. (*Virginia med. Monthly*, septembre.) — Un cas de rhinolithe, par Rohrer. (*Wiener klin. Woch.*, n° 2.) — Trois cas de rhinolithiase, par Ruault. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Diagnostic et traitement des maladies des cavités annexes des fosses nasales, par Mc Bride et Schech. (*Congrès de Berlin, Rev. de laryng.*, 1er novembre.) — De l'empyème du sinus frontal par Richards. (*Int. klin. Rundschau*, 14 septembre.) — Diagnostic et traitement des maladies des cavités accessoires du nez, par Schech. (*Int. klin. Rundschau*, 17 août.) — Diagnostic et traitement des affections des cavités accessoires du nez, à l'exception du sinus maxillaire. (17 obs. sinus frontal, 19 sinus ethmoïdal, 7 sinus sphénoïdal), par Schæffer. (*Deutsche med. Woch.*, 9 octobre.) — Les affections chirurgicales du nez, par Dabney. (*Virginia med. Monthly*, septembre.) — Traitement chirurgical des affections du nez, par Green. (*Journ. of ophtalm. otol.*, juillet.) — Extirpation des corps étrangers du nez, par Taylor. (*Lancet*, 8 novembre.) — Agent infectieux du rhinosclérome, par Hallopeau. (*France médicale*, 10 janvier.) — Cure radicale des polypes du nez, par H. Griffin. (*N.-York med. Record*, 28 juin.) — Polypes multiples du nez, par Lewis. (*Americ. Practitioner*, 19 juillet.) — Méthode d'extirpation des polypes du nez, par Kurz. (*Wiener med. Presse*, 2 novembre.) — Tumeur mixte, épithélio-sarcome des fosses nasales, envahissement des lobes frontaux, abcès latent du cerveau, mort subite, par Duranti. (*Arch. de laryngol.*, juin.) — Fibro-sarcome de la fosse nasale droite, mort, par Knight. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai. Mélanosarcomes du nez, par Michael. (*Cong. de Berlin, Ann. mal. de l'or.* octobre.) — Carcinome naso-pharyngien, par S.-A. Fox. (*N.-York med. Journ.*, p. 259, 8 mars.) — De quelques médicaments nouveaux et nouvelles méthodes de traitement en oto-rhino-laryngologie, par Masini. (*Boll. d. mal. dell' Orecchio*, VIII, 6.) — L'importance du traitement préliminaire de la muqueuse nasale avant les opérations, par Seiler. (*Americ. med. Assoc.*, 28 mai.) — Nouvelle méthode de traitement de quelques lésions du nez, par I. Dionisio. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, avril.) — Le traitement sec du nez et des sinus voisins, par Bresgen. (*Rev. de laryng.*, 15 nov. — Tubage nasal, par Goodwillie. (*Rassegna crit. int. mal. del naso*, III, 2.) — Traitement de quelques maladies chroniques du nez sans l'emploi du thermocautère, par Bonne. (*Therap. Monats*, août.) — Une indication fréquente de l'électrolyse pour le nez, par Kafeman. (*Therap. Monats*, mars.) — Cautérisations nasales, par Lewis. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre.) — Administration de la morphine par le nez, par Klein. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre.) — Restauration du nez entièrement détaché depuis une heure, par Kelley. (*Times and Register*, 16 août.) — Un cas de rhinoplastie, par Cook. (*Boston med. journ.*, 4 septembre.)

Nutrition. — Influence des alcalins sur la nutrition, par Stadelman. (*Berlin.*

klin. Woch., p. 522, 9 juin.) — Méthodes de Keljdahl-Wilfarth pour la détermination de l'azote total ; applications de cette méthode aux questions d'échanges matériels, par P. Argutinsky. (*Archiv für die gesammte, Physiol.*, XLVI, p. 581.) — Démonstration de l'acide métaphosphorique dans la nucléine de la levure, par Liebermann. (*Ibid.*, XLVII, p. 155.) — Combinaison de la glutine avec l'acide phosphorique, par R. Lorenz. (*Ibid.*,XLVII, p. 189.) — Influence des alcalins sur la nutrition chez l'homme, par E. Stadelman. (*Stuttgard.*)

Nystagmus. — De la suspension dans le nystagmus des mineurs et la névrorétinite, par Dransart. (*Journ. ocul. nord de la France,* août.)

O

Obésité. — Du régime dans la cure de l'obésité à Marienbad, par Kisch. (*Therap. Monats.*, mai.) — Courte instruction pour le traitement mécanico-physique de l'obésité, par Albert Reibmayr. (*Vienne.*)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale causée par une épingle avalée et logée dans le rectum, par Bolton. (*Lancet*, 1er novembre.) — Etranglement intestinal diagnostiqué, opération, guérison, par Ruter. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, p. 335.) — Occlusion intestinale par un calcul biliaire, guérison spontanée, par Bell. (*Montreal med. chir. Soc.*, 30 mai.) — Un cas d'invagination, par Adams. (*N.-York med. Journ.*, 9 août.) — Traitement de l'invagination intestinale, par Korn. (*Therap. Monats.*, oct.) — Discussion à l'Association britanniq. sur le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë. (*Brit. med. Journ.*, 11 oct.) — Traitement des occlusions intestinales, par Forgue et Castan. (*Montpellier méd.*, 1er octobre.) — Le mercure et l'électricité dans l'occlusion intestinale, par Quintard. (*Bulletin soc. méd. d'Angers*, p. 37, 1er semestre.) — Obstruction intestinale aiguë, laparotomie, guérison, par Williams. (*Brit. med. Journ.*, 20 septembre.) — De la laparotomie précoce dans l'obstruction intestinale, par Carpenter. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 30 août, p. 308.) — Etranglement interne et laparotomie, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 372.)

Œdème. — Œdème aigu circonscrit, trois cas affectant la main, par Lorett. (*Boston med. Journ.*, 30 octobre.) — Traitement de l'anasarque, par Renvers, P. Guttmann, Fuerbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 456, 19 mai.)

Œil. — De l'endothélium de la chambre antérieure de l'œil, particulièrement de celui de la cornée, par Nuel et Cornil. (*Arch. de biol.*, X, 2.) — De l'endothélium de la chambre antérieure de l'œil, par Nuel. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.) — De la signification morphologique et de l'histologie du ganglion ciliaire, par Antonelli. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Sur les voies d'écoulement de l'humeur aqueuse, par C. Staderini. (*Giornale Accad. di medic.*, *Torino,* avril.) — De l'adaptation de l'œil normal et pathologique, par Schirmer. (*Cong. de Berlin*, *Rev. d'opht.*, n° 8.) — Sur les montures de lunettes, un ophtalmo-statomètre, par de Wecker et Masselon. (*Ann. d'ocul.*, septembre-octobre.) — Les verres toriques, par Valude. (*Cong. de Berlin. Rev. d'opht.*, n° 8.) — Le numérotage des prismes dans la pratique ophtalmologique, par Landolt. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.).— Système métrique du numérotage des prismes et ap-

pareil pour la mensuration de leur force réfringente, par BURNETT. (*Ibid.*) — Sur l'histoire de l'ophtalmologie à Strasbourg et à Nancy, par DEMANGE. (*Thèse de Nancy.*) — Premières lignes d'ophtalmo-spectroscopie, par FARAVELLI. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Des rapports entre le punctum remotum de l'œil normal et ses fonctions, par ARMINSKI. (*Wien. med. Blätter*, n° 40.) — Des troubles et des affections oculaires d'origine génitale chez la femme, par BATUAUD. (*Rev. méd. mal. des femmes*, 25 août.) — Troubles oculaires, cause fréquente de migraine, par WILMER. (*N.-York. med. J.*, 30 août.) — De la blennorrée oculaire, par FRIEDMAN. (In-8° *Tubingue.*) — De la conduite à tenir en présence d'une panophtalmie à marche aiguë, par BOÉ. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.) — Sur l'étiologie de la panophtalmie après blessure par corps étrangers, par S. POPLAWSKA. (*Fortsch. der Medicin.*, n° 13, p. 489.) — Sur la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par VALENTA. (*Wiener klin. Woch.*, n° 35.) — Pourquoi l'ophtalmie militaire continue à régner en Belgique, par DE METS. (*Ann. soc. méd. Anvers*, août.) — Ophtalmie sympathique, par BRAILEY. (*Cong. de Berlin, Rev. d'opht.*, n° 8.) — *Idem* par DEUTSCHMANN. (*Ibid.*) — Recherches anatomiques sur une ophtalmie sympathique expérimentale, par GAYET. (*Arch. d'opht.*, n° 2.) — Ophtalmie sympathique survenue deux semaines après l'énucléation de l'œil malade, par GOODE. (*Journ. of Amer. med Assoc.*, 19 juillet, p. 101.) — De l'hypoéma post-opératoire, par ROGMAN. (*Ann. d'ocul.*, septembre-octobre.) — Ambliopie réflexe guérie par la section du nerf sus-orbitaire, par DUNN. (*N.-York. med. Journ.*, 9 août.) — Amblyopie par le sulfure de carbone, par GALLEMAERTS. (*Ann. d'ocul.*, septembre.) — De l'amblyopie toxique (alcoolo-nicotinique), par PESTOUR. (*Thèse de Lille.*) — Paralysie oculaire récidivante, par PATERSON (*Lancet*, 13 septembre.) — Quelques cas d'insuffisance du moteur interne de l'œil, traitement, par BARR. (*N.-York med. Journ.*, p. 631, 7 juin.) — Sur quelques cas de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux, par PICOT. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 15 juin.) — Analyse des troubles moteurs et de l'état de l'œil dans l'imbécillité, l'épilepsie et le 2e stade de la paralysie générale, par OLIVER. (*Americ. Journ. of med. sc.*, novembre.) — Troubles de la réfraction oculaire et maladies nerveuses, par ROOSA. (*N.-York. med. Journ.*, 19 avril.) — Sur un cas de paralysie du moteur oculaire externe et du facial avec atteinte de l'orbiculaire des paupières, compliqué d'hémiplégie du même côté, par PARINAUD et GUINON. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 5.) — De l'ophtalmoplégie externe combinée à la paralysie labio-glosso-laryngée et à l'atrophie musculaire progressive, par GUINON et PARMENTIER. (*Ibid.*, n° 5.) — Ophtalmoplégie nucléaire progressive, par BEAUMONT. (*Brain.*, n° 51.) — Un cas d'ophtalmoplégie nucléaire extérieure, par P. RAYMOND. (*Gaz. des hôp.*, 1er novembre.) — Sur un cas d'ophtalmie hystérique, par SIMI. (*Rev. d'opht.*, n° 1.) — Un cas d'ophtalmoplégie unilatérale totale à la suite d'un traumatisme de la portion externe du rebord orbitaire supérieur de l'œil gauche, par DESPEIGNES. (*Province méd.*, 23 août.) — Atrophie du nerf optique, par STOVER. (*Münch. med. Woch.*, n° 26.) — Episclérite syphilitique, par PANAS. (*Union médicale*, 19 juin.) — De la tuberculose du tractus uvéal, par HAUGG. (*Thèse de Strasbourg.*) — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du tractus, par VALUDE. (*Union médicale*, 30 août.) — Variations pupillaires dépendant des affections pulmonaires tuberculeuses, par RAMPOLDI. (*Ann. di ottalm.*, XIX, 2) — Mélano-sarcome de l'œil suivi dix-huit mois après l'énucléation d'une généralisation sarcomateuse (foie, poumons, reins, capsule surrénale, mésentère, pancréas, os iliaque, pectoral), par H. AUDEOUD. (*Rev. médic. Suisse romande*, X, 239, avril.) — Du mélanosarcome intra-oculaire, pronostic et traitement, par CRÉPET. (*Thèse de Nancy.*) — De l'aristol en ophtalmologie, par MEURER. (*Province méd.*,

30 août.) — De l'antisepsie en chirurgie oculaire, par Cuisset. (*Thèse de Lille.*) — De la valeur antiseptique des couleurs d'aniline et de leur emploi en ophtalmologie, par P. Noguès. (*La médecine moderne,* 21 août.) — Emploi de l'électro-aimant en ophtalmologie, par Snel. (*Brit. med. Journ.*, 8 novembre.) — Des bons effets du galvano-cautère dans les complications cornéennes de l'ophtalmie purulente, par Darier. (*Progrès médical*, 6 septembre.)

Œsophage. — La pulsation cardio-œsophagienne chez l'homme, par Sarolea. (*Arch. de biol*, X, 2.) — Perforation de l'œsophage par un os avalé par Antonoff. (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina,* n° 13.) — Un cas curieux d'œsophagite phlegmoneuse disséquante, par Puech. (*Montpellier méd.*, 16 septembre.) — Rétrécissement de l'œsophage, par épaississement interstitiel des parois, par Roe. (*Americ. laryng. Assoc.,* 29 mai.) — Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique, par Hermann. (*Thèse de Paris,* 20 novembre.) — Rétrécissement de l'œsophage, par Kuemmell. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 201.) — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, gastrostomie, mort, par Mc Fadden. (*Journ. of Americ. med. Assoc.* 26 juillet, p. 138.) — Rétrécissement de l'œsophage guéri par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 16 octobre.) — Cancer de l'œsophage à début dyspnéique, cornage et suffocation, par compression des récurrents, trachéotomie, par Gaucher et Potel. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 juillet.) — Cancer œsophagien, compression du récurrent gauche, envahissement de la trachée, par Garel et Margery. (*Lyon méd.*, 31 août.) — De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 6 juillet.) — Gastrostomie pratiquée pour un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Berger et Canniot. (*France médicale*, 25 avril.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, traitement par la sonde à demeure, par Mixter. (*Boston med. Journ.,* 23 octobre.)

Ongle. — Maladies des ongles, par Shoemaker. (*Journ. of cutan. dis.* septembre-novembre.) — Etude sur la tricophytie des ongles, par H. Fournier. (*Journ. des mal. cut.*, I, p. 3.) — Traitement de l'ongle incarné, par Purckhauer. (*Münch. med. Woch.*, n° 24.

Orbite. — Un cas de rhabdomyosarcome de l'orbite, par K. Zenker. (*Arch. f. pathol. Anat.*, XX, Heft, 3.)

Oreille. — La conformation du pavillon de l'oreille chez l'homme sain, les aliénés et les délinquants, par Gradenigo. (*Giorn. Accad. di med. Torino.*, juin.) — Etude morphologique de l'anthelix dans le pavillon humain, par Gradenigo. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Des plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité, par Boulland. (*Gaz. méd. Paris*, 13 septembre.) — Méthode de préparation du labyrinthe par corrosion, par Eichler. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 3.) — L'anatomie par corrosion du labyrinthe osseux, par Siebenmann. (*Broch. Wiesbade.*) — Anatomie topographique de la région mastoïdienne, par E. Birmingham. (*Brit. med. J.*, p. 683, septembre.) — Influence de l'excitation électrique du nerf auditif sur la perception du diapason vertex, par Corradi. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — De l'acuité auditive, par Imbert. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpellier*, 8 novembre.) — De l'action des détonations sur l'oreille, par Noel. (*Bull. méd.*, 1er octobre.) — Fâcheux effets des sons violents sur l'audition, par Th. Barr. (*Brit. med. J.*, p. 675, septembre.) — Sur les fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par Suarez de Mendoza. (*Rev. de laryngol.*, 1er septembre.) — Critique de l'ouvrage de l'hygiène de l'oreille de Cozzolino, par Toti. (*Broch.*

Cortona.) — Leçons sur l'otiatrie, par ALBERT BING. (*Vienne.*) — Expériences sur l'ablation de l'étrier chez les animaux, par BOTEY. (*Archivos intern. de laring.*, I, n° 5.) — Etudes d'anatomie pathologique de l'oreille, par NOLTENIUS. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 9.) — Etude sur l'anatomie pathologique de l'oreille, par GOMPERZ. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 3.) — Imperforation du conduit auditif, quatre cas, par BISHOP. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — Obs. bactériologiques sur le contenu de la caisse tympanique dans les cadavres de nouveau-nés et d'enfants à la mamelle. (*Acad. real. di. med. Torino.*, 11 juillet et *Ann. des mal. de l'or.*, août.) — Etudes anatomiques et cliniques sur l'atrésie acquise du conduit auditif externe par POLITZER. (*Wiener med. Wochenschrift.*, n° 20.) — L'influence du sexe dans la latéralisation des affections auriculaires, par LŒWENBERG. (*Bull. med.*, 2 août.) — Du vertige de Ménière, par COMBEMALE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 14, p. 353.) — Le vertige de Ménière et l'émotivité, par PEUGNIEZ et FOURNIER. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Otite et paralysie faciale, par GELLÉ. (*Ann. mal. de l'oreille*, novembre.) — Audition dans la paralysie faciale d'origine cérébrale, fonction d'accommodation et innervation des muscles tympaniques, par GELLÉ. (*Soc. de biol.*, 25 octobre, et *Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Discussion sur l'étiologie des bourdonnements d'oreilles. (*Brit. med. Assoc. Brit. med. Journ.*, 20 septembre.) — La pathologie et le traitement du bourdonnement d'oreilles, par HUBBELL. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — La surdité par bouchon cérumineux, par DUPLAY. (*Union médicale*, 17 juillet.) — Des contre-indications du cathétérisme de la trompe d'Eustache, nécessité de l'asepsie, par POLO. (*Rev. de laryng.*, 15 septembre.) — Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par LANNOIS. (*Rev. de laryng.*, 1er septembre.) — Les névrites de l'acoustique provenant de méningite, par GRADENIGO. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Signes tirés de la comparaison des résultats de l'audition et de l'auscultation du diapason vertex pendant la déglutition et les divers autres modes de mobiliser l'appareil auriculaire, par GELLÉ. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Recherches bactériologiques sur le contenu de la trompe d'Eustache dans les inflammations catarrhales chroniques de l'oreille moyenne, par MAGGIORA et GRADENIGO. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 19.) — Les micro-organismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications, par GRADENIGO. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Recherches bactériologiques sur les inflammations de la cavité tympanique et de l'apophyse mastoïde, par KANTHACK. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXI, 1 et 2.) — Otite ostéopériostique, par DUPLAY. (*Bull. méd.*, 27 août.) — De l'otite par influenza, par LUDEWIG. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 3.) — Les suites de l'otite moyenne suppurée, par EDGEWORTH. (*Bristol med. chir. Journ.*, mars.) — De l'otorrée, par WALKER. (*Lancet*, 1er novembre.) — De quelques complications cérébrales des otites suppurées chez les enfants, par P. SIMON. (*Revue médicale de l'Est*, n° 12, p. 373.) — Sur des cas d'affection de l'apophyse mastoïde, par FERRER. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXI, 1 et 2.) — Otite moyenne aiguë avec affection cérébrale anormale, par BARTH. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXI, 1 et 2.) — Otite moyenne, nécrose et suppuration de l'apophyse mastoïde, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 11 septembre.) — Mastoïdite interne purulente consécutive à un érysipèle, par LIPPINCOTT. (*Med. News.*, 11 octobre.) — Complications de l'otite moyenne suppurée, par CANTAB. (*Bristol med. chir. journ.*, juin.) — Intégrité de la membrane du tympan, coexistant avec une nécrose du temporal et une thrombose du sinus, par JAMES ERSKINE. (*Brit. med. J.*, p. 678, 20 septembre.) — 1° Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée, trépanation, mort; 2° Abcès sous-dure-mérien consécutif à une otite moyenne, trépanation, guérison, par PICQUÉ. (*Ann. mal. de l'oreille*, juillet.) — Quatre cas de mastoïdite, par TILLEY. (*Med. News.*, 30 août.) — Inflammation ulcéreuse chronique

des cellules mastoïdiennes, opération, méningite, mort, par Percy. (*Western med. Rep.*, XII, p. 5.) — Les complications intra-craniennes de l'otite moyenne, par G. Patteson. (*Dublin Journ. of med. sc.*, juillet.) — Résection de l'apophyse mastoïde, dans un cas de mastoïdite consécutive à la suppuration de l'oreille moyenne, par Toti. (*Accad. med. fis. di. Firenze*, 28 juin.) — Chirurgie cranienne pour suppuration de l'oreille, par Cozzolino. (*Bol. mal. dell'orecchio*, VIII, 6.) — Sur le traitement de la sclérose de la caisse par la raréfaction et la condensation progressive et manométriquement évaluées de l'air du conduit auditif externe, par Suarez de Mendoza. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Des abus des injections dans le traitement des maladies de l'oreille, par H. Stewart. (*Brit. med. J.*, p. 677, septembre,) — Hémorragies périodiques chez les hystériques, par Baratoux. (*Rev. de laryng.*, 1er octobre.) — De la furonculose de l'oreille, son traitement, par Grosch. (*Inaug. Diss. Zena.*) — Furonculose du conduit auditif externe, par Holmes. (*Cincinnati Lancet clinic*, 31 mai.) — Surdité sans lésion apparente consécutive à un traumatisme, par Allyn. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 5 juillet, p. 35.) — Punaise dans le conduit auditif externe sur le tympan, par Beausoleil. (*Ann. polycl. Bordeaux*, juillet). — Histologie des polypes de l'oreille, par Klingel. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXI, 1 et 2.) — Des cholestéatomes de l'oreille, par Kahn et Politzer. (*Congrès de Berlin.*) — Du cholestéatome du rocher, par Kittlick. (In-8° *Tubingen.*) Cholestéatome de l'oreille, par Randall. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — Instruments pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par Suarez de Mendoza. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 355.) — Emploi de l'électricité dans les maladies de l'oreille, par Jones. (*Americ. med. Assoc.*, 20 mai.) — La pyoctanine dans les maladies d'oreille, par Patrzek. (*Allg. méd. Cent. Zeit.*, 6 août.) — Instrument de Delstanche pour le massage dans certaines affections de l'oreille moyenne, par Cheatham. (*Times and Register*, 6 septembre.) — Instruments pour essais d'otoscopie intra-tympanique, par Botey. (*Rev. de laryng*, 1er novembre.)

Oreillon. — Trachéotomie pour œdème laryngé au cours des oreillons, par Pilatte. (*L'Echo méd.*, 6 septembre.)

Os. — Ossifications accessoires de l'occipital, par Bianchi. (*Sperimentale*, septembre.) — Les ostéites et arthrites consécutives aux maladies infectieuses aiguës, par Mars et François Cohen. (In-8°, 146 p., *Bonn.*) — Abcès sous-périostiques infectieux, par Page. (*Lancet*, 25 octobre.) — Ostéite tuberculeuse de la clavicule, résection des deux tiers externes de cet os, résultats, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 28 septembre.) — D'une forme particulière tuberculeuse des ostéites diaphysaires chroniques de la clavicule par Petitpierre. (*Thèse de Lyon.*) — De l'ostéochondrite disséquante, par Fritzsche. (*Inaug. Diss. Iena.*) — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë infectieuse, par Courmont. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Un cas d'ostéomyélite à pneumocoques, par Lannelongue et Achard. (*Bull. méd.*, 24 août.) — Evidement du calcanéum carié, remplissage de la cavité par des fragments d'os, régénération du calcanéum, par Mikulicz. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — De l'ablation de l'astragale dans l'ostéoarthrite tuberculeuse du cou-de-pied, par Bataille. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Tuberculose des os du pied chez un enfant de trois ans et demi après une scarlatine bénigne et évoluant rapidement à la mort par tuberculose miliaire généralisée sauf dans les méninges, par H. von Wyss. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte.*, n° 7, p. 214, 1er avril.) — Flexion antéro-postérieure de la partie supérieure du tibia corrigée par l'ostéotomie linéaire, par Jalaguier. (*Rev. d'orthop.*, n° 5.) — De l'exostose bursata et de sa formation, par Orlow. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — De

l'angiome tubulaire ou endothéliome des os, par HILDEBRAND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Note sur un squelette atteint d'exostoses ostéogéniques multiples (194), par PIC. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 septembre.) — Des exostoses multiples héréditaires, par HERBST. (In-8°, *Tubingue.*) — Ostéosarcome de l'omoplate, ablation de cet os, guérison, par DONALD MAC LEAN. (*Med. News*, 13 septembre.) — Ostéosarcome de l'omoplate, par VAN DER HOEVEN. (*Nederl. tijdsch. van Geneesk.*, 18 octobre.) — Ostéosarcome à myéloplaxes du fémur droit, par ROUTIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 409.) — Du traitement des néoformations malignes du fémur par la résection de la hanche, par BORCK. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — De la castration dans l'ostéomalacie, par SCHAUTA. (*Wiener med. Woch.*, n° 19.) — De la nature et du traitement de l'ostéomalacie puerpérale, par FEHLING. (*Cong. de Berlin; Ann. de Gyn.*, septembre.) — Ostéomalacie traitée par la castration, par TRUZZI. (*Cong. de Berlin; Ann. de gyn.*, août.)

Ovaire. — Des hernies de l'ovaire; causes, signes, traitement; par WADDEN. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 227, 9 août.) — Apoplexie de l'ovaire, dilatation kystique sans rupture, par DORAN. (*Trans. obst. Soc., London*, XXXII, p. 119.) — Développement des tumeurs épithéliales de l'ovaire, par STEFFECK. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 2.) — Tumeur volumineuse de la région fessière droite. Hernie de l'ovaire, ablation, guérison, par CHÉNIEUX. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 396.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par RICARD. (*Ibid.*, XVI, p. 395.) — Kyste multiloculaire très douloureux de l'ovaire enclavé dans un bassin rétréci; ovariotomie dans l'extrême anémie, succès opératoire, mort par anurie, par CHRISTOVITCH. (*Bull. gén. de thér.*, 15 août.) — Cancer de l'ovaire, par CULLINGWORTH. (*Trans. obst. Soc., London*, XXXII, p. 199.) — De la pseudomucine des tumeurs kystiques de l'ovaire; étude de la paralbumine et anatomie pathologique des tumeurs ovariques, par PFANNENSTIEL. (*Arch. f. Gynaek*, XXXVIII., 3.) — Petit kyste de l'ovaire enclavé dans le cul-de-sac de Douglas et déterminant depuis dix-huit ans des douleurs excessives, opération par la laparotomie, guérison, par J. RENDU. (*Lyon méd.*, 19 octobre.) — Histologie et histogénèse des kystes papillomateux de l'ovaire, par ACCONCI. (*Cent. f. allg. Path.*, I, 23.) — Maladie fibro-hyaline de l'ovaire, par GIBBES. (*Boston med. Journ.*, 7 août.) — Kyste de l'ovaire, par SCHILLING. (*Münch. med. Woch.*, n° 15.) — Des récidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire, par AUDRY. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Etude des kystes tubo-ovariques, par SCHRAMM et NEELSEN. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 1.) — Kyste de l'ovaire compliqué d'accidents péritoniques, par BARTH. (*Gaz. méd., Paris*, 25 octobre.) — Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète, par BRAUN. (*Thèse de Nancy.*) — Traitement des kystes de l'ovaire, par POZZI. (*Gaz. méd., Paris*, 19 juillet.) — L'action de la castration sur l'organisme féminin, par BRODNITZ. (In-8°, *Tubingue.*) — Cinq laparotomies pour affections des trompes et des ovaires, par WERDER. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 20 septembre.) — Ovariotomie, fistule stercorale, guérison, par LEDIARD. (*Lancet*, 1er novembre.) — Ablation d'un kyste intra-ligamentaire, par W. GOODELL. (*Med. News*, p. 249, 13 septembre.) — Hémoptysies périodiques à la suite de l'ablation des ovaires, par RAYMOND. (*Gaz des hôp.*, 14 octobre.) — Suites d'une ovariotomie, par TAYLOR et RUSSELL. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — Apparition des règles et grossesse après l'ablation des deux ovaires, par ROBERTSON. (*Brit. med. Journ.*, 27 septembre.) — Septième série de 35 ovariotomies pour kystes de l'ovaire, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thér.*, 15 octobre.)

P

Palais. — Du relâchement hypertrophique de la luette, par Baudin. (*Broch., Besançon.*) — Toux obstinée par vice de conformation de la luette, par Buglioni. (*L'actualité méd.*, 15 août.) — Méthode pour corriger les adhérences entre le voile du palais et la paroi pharyngée, par Nichols. (*Times and Register*, 15 février.) — Déformations du voile du palais consécutives à une syphilis congénitale, par Barling. (*Birmingham med. Review*, juillet.) — Méthode d'uranoplastie, par Davies Colley. (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre.) — De l'uranoplastie sans section des muscles palatins, par Julius Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 499, 2 juin.) — Uranoplastie et staphylorraphie, par Le Dentu. (*Médecine moderne*, 5 juin.) — Traitement des perforations palatines par le double lambeau et la suture au tendon perdue, par Marcy. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 25 octobre.) — Des opérations plastiques pour remédier aux fissures palatines et de leurs résultats éloignés, par A. Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 octobre.) — Division congénitale de la voûte et du voile du palais. Opération en deux séances; guérison, par Polaillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 422.) — Fibro-myxome énorme du voile du palais, par Krause. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 459, 19 mai.)

Paludisme. — Recherches sur l'infection malarienne, par Bannerman. (*Indian med. Gaz.*, n° 8.) — Sur les parasites « en demi-lune » de Laveran et sur les fièvres paludéennes qui en dépendent, par Peter Canalis. (*Fortschritte der Med.*, n°s 8 et 9, p. 285, 325.) — Sur le cycle évolutif des parasites malariques dans la fièvre tierce; diagnostic différentiel entre les parasites endoglobulaires malariques de la fièvre tierce et de la fièvre quarte, par Golgi. (*Arch. per. le sc. med.*, XIII, 7 et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — De la non-spécificité des plasmodies du sang dans l'impaludisme, par Dolega. (*Berlin. klin. Wochens.*, 30 juin.) — Au sujet de l'hématozoaire du paludisme et de son évolution, par Laveran. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 juillet.) — Développement des parasites malariques dans le sang des oiseaux, par Danilewsky. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, n° 7.) — Sur le cycle biologique de l'hématozoaire falciforme, par Antolisei et Angelini. (*Riforma medica*, 7 et 8 mars.) — De l'étiologie de l'infection malarienne, par G. Dock. (*Med. News.*, 19 juillet, p. 59.) — Étiologie de la malaria, par Plehn. (*Berl. klin. Woch.*, 31 mars.) — Étiologie de la malaria, par Ketli. (*Orvosi Hetilap*, n° 27.) — Valeur clinique de l'examen du sang dans l'infection paludéenne, par Veronesi. (*Atti d. Accad. med. Perugia*, II, n° 1.) — Recherches sur le sang dans les affections malariennes, par Quincke. (*Mitth. d. Verein. Schleswig. Holst. Aerzte*, n° 4.) — La fièvre paludique de Maurice, par Anderson. (*Lancet*, 23 août.) — Les maladies malariennes, leur extension géographique, par Celli. (*Gaz. hebd. de méd.*, 6 septembre.) — La malaria sous les tropiques, spécialement à la Nouvelle-Guinée allemande, par Schellung. (In-8°, 176 pages, *Berlin.*) — Sur l'infection malarienne printanière, par Bastianelli et Bignami. (*Riforma medica*, 24, 25 et 26 mai.) — Les causes individuelles ou somatiques de l'impaludisme, par H. de Brun. (*Médecine moderne*, 8 mai.) — Sur les fièvres irrégulières produites par la malaria, par Terni et Giardina. (*Riv. d'igiene e sanita pub.*, I, n° 3 et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Formes rares de malaria, par Schellung. (*Deut. med. Woch.*, n° 5.) —

De l'accès pernicieux cholériforme au Tonkin, par Boinet. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Sur certaines formes cliniques de l'impaludisme, par Négel. (*Bull. Soc. méd. et nat. de Jassy.*, IV, n° 2, p. 48.) — Sur les fièvres intermittentes malariques à longs intervalles; fondements de la classification des fièvres malariques, par Golgi. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, n° 14 et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Du rôle pathogénique des lésions rénales et hépatiques dans les accidents pernicieux de l'impaludisme, par Béjot. (*Thèse de Lyon.*) — Infection palustre chronique, pleurésie avec épanchement, néphrite aiguë, péliose rhumatismale, par N. Berardinone, (*Riforma medica*, 24 juillet.) — Cystalgie malarienne, par L. Raynaud. (*Bull. méd. de l'Algérie*, p. 7.) — L'helianthus annuus contre la malaria, par Subowitsch. (*Wratch*, n° 33.)

Pancréas. — Sur un kyste du pancréas, par Treves. (*Lancet*, 27 septembre.) — Recherches sur les relations que certaines productions intra et extranucléaires du pancréas des mammifères présentent avec le phénomène de sécrétion, par R. Nicolaides et C. Melissinos. (*Archiv für Physiologie*, p. 317.) — Étude sur les kystes du pancréas, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er août. — Kyste pancréatique, opération, par Kammerer. (*N. York surg. Soc.*, 28 mai.) — Cancer du pancréas, par Destot. (*Lyon méd.*, 19 octobre.) — Cancer primitif du pancréas, extirpation de la tumeur, guérison, par Ruggi. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 3.) — Cancer du pancréas, par Richmond. (*Buffalo med. Journ.*, juillet.) — Un cas de cancer du pancréas avec glycosurie, par John Collier. (*Brit. med. J.*, p. 790, 4 octobre.) — Obs. de nécrose du pancréas, par Langerhans. (*Berl. klin. Woch.*, 23 décembre 1889.)

Pansement. — Modification sûre et pratique du pansement de Lister (ouate hydrophile stérilisée, trempée au moment du pansement dans l'eau phéniquée à 3 0/0), par Bloch. (*Nordikst med. Arkiv*, XXII, n° 1.) — Une salle d'opération aseptique, par Sapeschko. (*Cent. f. Gynæk.*, 4 octobre.) — Pansement antiseptique non toxique, non irritant, par Heuston et Tichborne. (*Brit. med. Journ.*, 8 novembre.) — La stérilisation à l'eau salée et son emploi en chirurgie, par Tavel. (*Ann. de microg.*, septembre.) — L'éponge stérilisée appliquée aux plaies à sécrétion abondante, par Ricci. (*Sperimentale*, septembre.) — Nouveau stérilisateur à vapeur sans danger de rouille pour les instruments, par Ch. Cathcart. (*Edinburgh med. Journal*, août, II, p. 119.) — La gaze au cyanure comme pansement, 100 cas, par Barling. (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre.) — De l'usage et de l'abus des tubes à drainage, par Godlee. (*Practitioner*, février.) — Drainage des plaies, par Fessler. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.) — Des altérations du coton hydrophile, par Girard. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — De la désinfection et de l'asepsie permanente des divers instruments : sondes en gomme, en caoutchouc, etc., employés pour le cathétérisme vésical, par Antonin Poncet. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XVI, p. 266.)

Paralysie. — Paralysie spinale spastique, guérison, par Dutoit. (*Brain*, n° 51.) — Paralysie ascendante aiguë suivie de paraplégie alsaïque, par Sanger Brown. (*Brain*, n° 51.) — Un cas de paralysie de Landry, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juin.) — Un cas de paralysie de Landry, étude histologique et bactériologique, par Centanni. (*Beit. pathol. Anat.*, VIII, 3.) — Coexistence de plusieurs phénomènes posthémiplégiques chez un même sujet, par Bidon. (*Marseille médical*, n° 5, p. 289, et n° 6, p. 353.) — Paralysie radiale incomplète survenue brusquement à la suite d'une légère blessure du dos de la main par choc sur une dent, par

VERCHÈRE. (*France médicale*, 21 mars.) — Paralysie par l'usage de la bande d'Esmarch, par STIMSON. (*N. York surg. Soc.*, 28 mai.) — Paralysie pseudo-hypertrophique; fracture des lames de la 5e vertèbre cervicale, par BRILL. (*N. York. med. Journ.*, 13 septembre.) — De l'atrophie dans la paralysie pseudo-hypertrophique, par THÉRÈSE. (*Gaz. des hôp.*, 15 novembre.) — Traitement chirurgical des difformités dues à la paralysie, par ADAMS. (*Lancet*, 27 septembre.)

Paralysie générale. — La paralysie générale à l'asile de Dijon (1843 à 1889), par CHEVALIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des lésions histologiques dans la paralysie générale, par KLIPPEL. (*La médecine moderne*, 11 septembre.) — Les intoxications et la paralysie générale, par CHARPENTIER. (*Soc. méd. psych.*, 20 juin.) — De l'influence du traumatisme et des maladies incidentes dans la paralysie générale et la folie, par CASTRIOTIS. (*Thèse de Montpellier.*) — Coexistence de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale, par PARIS. (*Union médicale*, 6 septembre.) — Deux fractures spontanées chez un paralytique général, par FRŒLICH. (*Revue méd. de l'Est*, n° 18.)

Parole. — Remarques sur l'aphémie fonctionnelle, par JACOB. (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre.) — Aphasie avec amnésie, par ROSENBERGER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Recherches phonophotographiques, par L. HERMANN. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLV, p. 582.) — Du bégayement, une psychose, par DENHARDT. (298 p., *Leipsig.*)

Parotide. — Abcès de la parotide suite de fièvre typhoïde, par PARKER. (*Richmond Acad. of med.*, 26 août.) — Enchondrome mixte de la parotide, par BATTAGLIA. (*Progresso med.*, 1er septembre.)

Pathologie. — Leçons de clinique médicale, par DESPLATS. (In-8°, 101 p., *Lille.*) — L'importance des leçons théoriques dans l'étude de la médecine et de la chirurgie, par CH. CATHCART. (*Edinburgh med. Journal*, juin, p. 1128.) — Nouvelle théorie sur les tempéraments, par GIBIER. (*N. York med. Journ.*, 18 octobre.)

Paupière. — Étude des kystes congénitaux de la paupière inférieure avec microphtalmie, par RUBINSKI. (*Inaug. diss. Kœnigsberg.*) — De l'épithélioma palpébral, par ROUZÉ. (*Thèse de Lille.*) — Du ptosis et principalement de son traitement, par CULTIN. (*Thèse de Nancy.*) — Sur l'opération du ptosis par la suppléance du frontal, par DRANSART. (*Journ. d'ocul. Nord de la France*, août.) — Opération du ptosis par avancement de l'insertion du releveur palpébral, par NICATI. (*Arch. d'opht.*, n° 2.) — Nouveau procédé de marginoplastie palpébrale, par NICATI. (*Arch. d'opht.*, n° 2.) — Guérison d'un ectropion par une greffe cutanée, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 9 juin.)

Peau. — Présence de la lanoline dans la peau humaine, par LIEBREICH. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Contribution à la physiologie de la peau (expériences touchant l'action des vernissages sur l'évaporation), par UNNA. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 438, 12 mai.) — De la transparence de la peau humaine, par GASTREICH. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Histologie des sécrétions normales des glandes sébacées, par PHILIPPSON. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, n° 5.) — Maladies de la peau, par P.-J. EICHHOFF. (*Leipzig.*) — Étude sur l'anatomie et l'étiologie de quelques affections de la peau, par DU MESNIL. (*Verhandl. d. phys. med. Gesel. Würzburg.*, XXIV, 5.) — Œdème aigu de la peau, par COURTOIS-SUFFIT.

(*Gaz. des hôp.*, 30 août.) — Compte rendu sommaire des cas observés du 1er novembre 1887 au 31 décembre 1888 à la clinique dermatosyphiligraphique de Pise, par MARIANELLI. (*Riforma medica*, 5 août.) — De l'identité de l'œdème aigu de la peau avec l'urticaire œdémateuse, par BARDUZZI. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXV, 3.) — Un cas extraordinaire d'atrophie de la peau, par OHMANN-DUMESNIL. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 9.) — Des dermatoneuroses, par LELOIR. (*Journ. des mal. cut.*, avril.) — Sur un point de sémiologie des affections cutanées d'origine nerveuse, des dermatoneuroses indicatrices, par BAUDE. (*Thèse de Lille.*) — Maladie de la peau dite maladie de Paget, par WICKHAM. (*Gaz. des hôp.*, 2 septembre.) — Dermatoses des émigrants, par WHITE. (*Journ. of cutan. dis.* octobre.) — Une tumeur des glandes sudoripares (épithélium cylindrique), par K. KNAUSS. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XX, 3.) — De l'emploi du menthol dans les affections prurigineuses de la peau, par DUBREUIL et ARCHAMBAULT. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 août.) — Le caoutchouc dans le traitement des plaies et des dermatoses, par KOURTCHINSKY. (*Vratch*, 30 août.) — De la pilocarpine en dermatologie, par KLOTZ. (*Journ. of cut. dis.*, novembre.) — Usage externe du thiol dans les maladies de la peau, par SCHWIMMER. (*Therap. Monats.*, avril.) — Pharmacopée pour les maladies de la peau, par STARTIN. (*Wood's med. and surg. monog.*, octobre.)

Pemphigus. — Pemphigus névrotique ou herpès traumatico-toxique, par ROSSBERGER. (*Wiener med. Blätter*, n° 43.) — Du pemphigus, par MOSLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 457, 19 mai.)

Périnée. — Nouvelle méthode de suture dans la périnéorraphie, par EDEBOHLS. (*Americ. Journ. of obst.*, octobre.) — La question du temps pour épargner le périnée, par DICKINSON. (*N. York med. Journ.*, p. 371, 5 avril.) — Recherches sur le lieu et l'écartement de la suture dans la périnéorraphie normale, remarques sur le procédé de Tait, par V. OTT. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 1.)

Péritoine. — Sur le pouvoir d'absorption des organes de la cavité péritonéale, par PISENTI. (*Atti d. Accad. med. Perugia*, II, n° 1.) — Péritonite à pneumocoques, par NÉLATON. (*Bull. méd.*, 5 octobre.) — Observation de péritonite à pneumocoques, par SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mai. — Péritonite chez la femme, ses causes et effets, son traitement prophylactique et immédiat, par GORDON. (*Americ. Journ. of obst.*, août.) — Péritonite purulente, par MARCHAND. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 372.) — Abcès du foie consécutif à une péritonite pelvienne due à une salpingite méconnue, par STEVEN. (*Brit. med. J.*, p. 289, février.) — De l'intervention précoce dans la péritonite purulente (5 obs.), par J. PRICE. (*Med. News*, 9 août, p. 142.) — Traitement chirurgical des péritonites, par RIOBLANC. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Traitement de la péritonite locale et générale, par E. DAVIS. (*Virginia med. Monthly*, mai.) — Péritonite tuberculeuse, par SIMON. (*Münch. med. Woch.*, n°15.) — Péritonite tuberculeuse, trompes remplies de débris caséeux, par RICKETTS. (*Nashville Journ. of med.*, p. 485, 1889.) — Péritonite tuberculeuse chronique avec issue de 13 lombrics par une fistule abdominale. Laparotomie. Guérison opératoire, par HEDRICH. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er août.) — Du traitement de la péritonite tuberculeuse, par BRUHL. (*Gaz. des hôp.*, 25 octobre.) — Trois cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par KEETLEY. (*Lancet*, 15 novembre.) — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par ELMASSIAN. (*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — De la laparotomie dans la tuberculose du péritoine, par PREINDLSBERGER. (*Wiener klin. Woch.* 11 septembre.) — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.

par Terrillon. (*Semaine méd.*, 15 octobre.) — Deux cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par Wheeler. (*Boston med. Journ.*, 11 septembre.) — De l'action curative de la laparotomie dans la tuberculose péritonéale, par Lauenstein. (*Cent. f. Chir.*, 18 octobre.) — Tumeur fibreuse mésentérique, par Brookhouse. (*Brit. med. Journ.*, 18 octobre.) — Énorme myxolipome du mésentère, par Terrier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 367.) — Examen histologique. (*Ibid.*, p. 383.) — Adénome secondaire du péritoine, par Klein. (*Sitz. d. phys. med. Ges. Würzburg*, n° 7.) — Sarcome du mésentère, par Ruge. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 2.)

Pharmacologie. — Principes de pharmacologie, par C. Binz. (*Berlin.*) — Influence des alcalis sur les échanges organiques, par Stadelmann. (*Therap. Monats.*, août.) — Considérations générales sur les teintures officinales suisses et leur essai, par Buttin. (*Journ. de Pharm.*, 15 octobre.) — L'action des sels, par Hofmeister. (*Arch. f. exper. path.*, XXXVII, 6.) — Obs. sur la décoction blanche de Sydenham, par Barnouvin. (*Bull. gén. de thér.*, 15 novembre.) — Sur la localisation des principes qui fournissent les essences des crucifères, par Guignard. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — De l'essence de mentha pulegium, par Falk. (*Therap. Monats.*, septembre.) — Etude physiologique de l'essence de calamus aromaticus, par Cadéac et Meunier. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Sur la diurétine, par Lambert. (*Journ. de pharm.*, 15 octobre.) — Sur le chlorhydrate d'orexine, par Schmitt. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Action de l'orexine, par Glückziegel. (*Prager. med. Woch.*, n° 13.) — Idem., par Imredy. (*Orvosi hetilap*, n° 13.) — Idem., par Müller. (*Therap. Monats.*, juin.) — De la strophantine, par Rothziegel. (*Wiener med. Woch.*, n° 42.) — Sur une réaction caractéristique de la cocaïne, par Ferreira da Silva. (*Journ. de pharm.*, 15 octabre.) — Action de la strychnine sur le cerveau, par Biernacki. (*Therap. Monats.*, août.) — Passage de la morphine dans le lait chez la femme, par Pinzani. (*Gaz. d. ospit.*, n° 100, 1889.) — Du cannabis indica, par Aulde. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Note sur les extraits de cannabis indica, par Banal. (*Montpellier méd.*, 16 novembre.) — Sur l'action physiologique de la digitaline, par J. Masi. (*Riforma medica*, 30 mai.) — De l'action de l'hyoscine, par Sighicelli. (*Il Manicomio*, VI, 1 et 2.) — Du condurango et de la condurangine, par Guyenot. (*Bull. gén. de thér.*, 30 août.) — Sur le catha edulis et ses effets thérapeutiques, par Leloup. (*Bull. gén. de thér.*, 15 septembre.) — Le berberis aquifolium, par Aulde. (*Med. News*, 25 octobre.) — Recherches sur l'action pharmacologique et thérapeutique de l'euphorine, par Sansoni. (*Therap. Monats.*, septembre.) — De l'action hémostatique des semences de penghawar, par Noltenius. (*Therap. Monats.*, mars.) — Le cocillana (Sycacarpus Rusbyi) et son usage en clinique, par Mettler. (*N. York med. Journ.*, p. 376, 5 avril.) — Nouvelles recherches sur la cassia alata, casse à gousses ailées, par Porte. (*Arch. de méd. nav.*, octobre.) — Étude sur les ipécacuanhas, leurs falsifications et les substances végétales qu'on peut leur substituer, par Jacquemet. (In-8°, 328 p., *Paris.*) — Sur l'action physiologique du phénol camphré, par Combemale et François. (*Montpellier méd.*, 16 juillet.) — Sur quelques produits de substitution du gaïacol, par P. Marfori. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, avril.) — De la protopine, par Engel. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 6.) — Sur l'élimination de l'antipyrine par les glandes mammaires chez les nourrices, par Pinzani. (*Broch. Bologne*, 1889.) — Action antifermentescible et antiseptique du salicylate d'antipyrine, par Chirone. (*Terapia mod.*, août.) — L'action du salicylate d'antipyrine et son pouvoir toxique comparé à celui du salicylate de soude, par Chirone. (*Ibid.*, septembre.) — Du salicylate d'antipyrine, par Randazzo. (*Gaz. degli ospit.*, n° 59.) — De la pyoctanine dans la pratique chirurgicale, par

GUTTMANN. (In-8°, 21 p., *Kiel.*) — De l'action antibactérique des couleurs d'aniline (pyoctanine), par PETERSEN. (*St.-Petersb. med. Woch.*, n° 27.) — Sur l'action physiologique de la sulfaldéhyde, par LUSINI. (*Ann. di chimica*, XI, p. 297 et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Le sulfonal, par G. SÉE. (*Médecine moderne*, 29 mai.) — Action du sulfonal, par FRANZ. (*Therap. Monats.*, mars.) — Action du chloralamide sur la circulation et la respiration, par LANGGAARD. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Action hypnotique du chloralamide, par GENERSICH. (*Orvosi hetilap*, n° 14.) — Sur l'action biologique et toxique des sels d'hydroxylamine, par RAIMONDI et BERTONI. (*Rendic. d. Istit. Lomb. di sc.*, XXIII, 3.) — Les nouveaux antiseptiques, l'aristol, par EGASSE. (*Bull. gén. de thér.*, 15 septembre.) — L'aristol succédané de l'iodoforme, par FR. GAY. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 5 juillet.) — De l'aristol, par POLLAK. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Des chlorals, par G. SÉE. (*Médecine moderne*, 3 juillet.) — De l'exalgine, par RABOW. (*Therap. Monats.*, mai.) — L'exalgine comme anesthésique, par FERREIRA. (*Bull. gén. de thér.*, 15 septembre.) — Contribution à l'étude pharmacologique et expérimentale de quelques nouveaux hypnotiques, par SCHMITT. (*Revue méd. de l'Est*, n° 10.) — Le peroxyde d'hydrogène et l'ozone, par GIBIER. (*Med. News*, 25 octobre.) — Étude de la lanoline, par UNNA. (*Therap. Monats.*, février.) — Action de la saccharine, par JESSEN. (*Arch. f. Hyg.*, X, 1.) — La question de la saccharine, par LIHMANN. (*Ibid.*) — Recherches chimiques et toxicologiques sur l'ecgonine, par U. MUSSI. (*Riforma medica*, 31 mai.) — La pharmacologie du seigle ergoté, par AULDE. (*N. York med. Journ.*, 27 septembre.) — De la solubilité de l'iodoforme dans l'huile d'olive, par KLINGEMANN. (*Cent. f. Chir.*, 9 août.) — Action de l'iodure de potassium sur la circulation, par PIERROT. (*Thèse de Nancy.*) — Pharmacodynamie de l'hydrogène antimonié, par KUBELER. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 6.) — La question de l'action du calomel, par PAL. (*Cent. f. d. ges. Therap.*, novembre.) — De l'oxycyanure de mercure, par CHIBRET. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 301.) — Étude des oxyiodures de bismuth, par ASTRE. (*Journ. de pharm.*, 1er septembre.) — Le sirop d'acide idohydrique, par AULDE. (*N. York med. Journ.*, p. 314, 22 mars.)

Pharynx. — Le tissu adénoïde du pharynx et du naso-pharynx, par SWAIN. (*N. York med. Journ.*, 20 septembre.) — Difformités faciales et thoraciques dues à l'obstruction par les tumeurs adénoïdes du naso-pharynx, par CASSELBERRY. (*Journ. of Americ. ass.*, 20 septembre.) — De l'hypertrophie lymphoïde de la voûte pharyngée, par J. WRIGHT. (*Journal of Amer. med. assoc.*, 23 août.) — Coexistence de la fente palatine avec les tumeurs adénoïdes, par BOUCHERON. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Tumeurs adénoïdes du naso-pharynx, communément appelées tumeurs postnasales, par STEWART. (*Lancet*, 20 septembre.) — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme cause de surdité, par TURNBULL. (*Med. News*, 1er novembre.) — Moyen simple d'anesthésie de l'amygdale pharyngée (inj. cocaïne, seringue spéciale), par BOYLAN. (*Ibid.*) — Des productions adénoïdes du naso-pharynx, par C. RICHARDSON. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 26 juillet.) — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, résultats de l'ablation dans 70 cas d'otite moyenne, par JACK. (*Boston med. Journ.*, 25 septembre.) — Curette pour l'ablation des végétations adénoïdes, par HOLDEN. (*N. York med. record*, 8 novembre.) — Ciseaux pour le naso-pharynx, par RAYNOR. (*N. York med. Journ.*, 30 août.) — Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant, par CALMETTES et LUBET-BARBON. (*Gaz. hebd. de méd.*, 23 août.) — Tumeur fibro-myxomateuse du naso-pharynx chez un enfant de 6 ans, par MAC COY. (*Americ. laryng. Assoc.*, 29 mai.) — Extirpation rapide d'un fibrome naso-pharyngé,

par Felici. (*Arch. ital. di laring.*, X, 3.) — L'importance des moyens chirurgicaux appliqués au naso-pharynx dans le traitement du catarrhe naso-pharyngé et de l'oreille moyenne, par Richardson. (*Americ. med. assoc.*, 20 mai.) — Des rapports intimes entre la paralysie bulbo-nucléaire et quelques troubles nerveux obscurs des voies aériennes supérieures, par Noland Mackenzie. (*N. York med. Journ.*, 16 août.) — Abcès rétro-pharyngés, par Gomez de da Mata. (*Archivos int. de laring.*, I, n° 4.) — Anévrisme du pharynx, par Richardson. (*Med. Soc. Columbia; Bull. méd.*, 9 novembre.) — Sur les ulcérations bénignes du pharynx, par Heryng. (Congrès de Berlin, *Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Ulcération pharyngienne, par Henrot. (*Soc. méd. de Reims*, 1889.) — Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx; ulcération de la carotide, mort, par Raulin. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juillet.) — Ulcération du pharynx, mort par hémorragie foudroyante, par Estradère. (*Soc. d'anat. de Bordeaux*, 11 août.) — Tuberculose primitive du pharynx, guérison par le curage et l'acide lactique, par Gleitsmann. (*N. York med. Journ.*, 11 octobre.) — Cancer du pharynx et de l'œsophage, par Kammerer. (*N. York surg. Soc.*, 28 mai.) — Des rétrécissements syphilitiques du pharynx, par Jacobson (*Wratch.*, n° 17.) — L'usage et l'abus du galvano-cautère dans les maladies de la gorge, par Schweig (*N. York med. Journ.*, 16 août.) — De la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par Laquer. (*Therap. Monats.*, mai.)

Photographie. — La photographie en médecine, par Workman. (*Glasgow med. Journ.*, juillet.)

Physiologie. — Manuel synthétique de physiologie, par Peyrani. (238 p. *Parme.*) — Formules des lois de durée de la vie et du travail actif, par E. Selling. (*Sitzungs der physik. medicin. Gesells. zu Würzburg*, p. 61. — De la valeur séméiologique de la loi de Rommeelare, par Lancelin. (*Thèse de Paris*, 12 juin.)

Pied. — Les tuberculoses du pied, par Audry. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement d'un traumatisme grave du pied avec la Rotterine (mélange antiseptique de Rotter, par Brugger. (*Münch. med. Woch.*, n° 22.) — Mégalopodie, opération, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 421.) — La vraie nature de l'exostose sous-unguéale, par Williams. (*Lancet*, 27 septembre.) — Des accidents dus à la chaussure et de leur traitement, par Romich. (*Wien. med. Presse*, n° 14, p. 536.) — Pied varus, pied valgus et lois biologiques, par Arndt. (*Wien. med. Presse*, n° 14, p. 529.) — Pathologie et traitement du pied bot, en particulier varus et varus équin : 15 observations d'excision de l'astragale, par Th. Morton. (*Med. News*, 12 juillet, p. 25.) — Traitement du pied bot talus paralytique, par Rochard. (*Rev. d'orthop.*, n° 5.) — Du traitement non sanglant du pied bot, par König. (*Arch f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Critique de l'opération de Wille pour le pied bot, par Judson. (*N. York med. Journ.*, 23 août.) — Étude anatomo-pathologique et pathogénique du pied plat acquis, par Toubert. (*Thèse de Lyon.*) — Le traitement rationnel du pied plat, par R. Whitman. (*N. York med. Journ.*, p. 547, 17 mai.) — Traitement du pied plat par l'ostéotomie sus-malléolaire, par W. Meyer. (*N. York med. Journ.*, p. 568, 24 mai.) — Contribution à l'étude du pied plat, par Gibney. (*Transact. of the amer. orthopedic. assoc.*, II, p. 187.)

Placenta. — La morphologie du placenta, par Prenant. (*Semaine méd.* 1er octobre.) — L'ectoplacenta de la souris et du rat, par Duval. (*Soc. de biol.*, 25 octobre.) — De la couche plasmodiale endovasculaire du placenta

maternel, par Duval. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.) — Anatomie du placenta, par Eckardt. (*Zeit f. Geburts*, XIX, 2.) — Étude du placenta marginé, par Roncaglia. (*Ann. di ostetric.*, octobre.) — Contribution à l'étiologie du placenta prævia, par G. Raineri. (*Morgagni*, juin.) — Diagnostic et traitement du placenta prævia, par Boyd. (*Amer. assoc. of obst.*, 16 septembre.) — Placenta adhérent, causes et traitement, par Clarke. (*Ibid.*) — Quarante-deux cas de placenta prævia, cinq personnes, par Murphy. (Congrès de Berlin, *Ann. de gyn.*, août.) — Du placenta prævia, par Hart. (*Edinb. med. Journ.*, novembre.) — De l'intervention dans la rétention placentaire après l'avortement, par Audebert. (*Journ. de méd. Paris*, 21 septembre.) — Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, par Pinard. (*Union médicale*, 3 juillet.) — Étiologie et traitement du placenta prævia, par Sack. (*Cent. f. Gynæk.*, 25 octobre.) — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta, par Massy. (*Rev. de thér. méd. chir.*, 1er octobre.) — Traitement du placenta prævia, par A. Clarke. (*Journal Amer. med. Assoc.*, 27 septembre.)

Plaie. — Plaie par arme à feu de la région auriculo-parotidienne, section du facial, hémorragies secondaires, ligature de la carotide primitive, guérison, par Barette et Audrain. (*Année méd. Caen*, juillet.) — Plaie par coup de feu de la cuisse, avec complications graves, par Mayer. (*Münch. med. Woch.*, n° 29.) — Remarques sur le traitement des plaies, par Bloch. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Nos principes dans le traitement des plaies, par A. Barth. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, p. 133.) — Emploi interne de l'iodure de potassium dans le traitement des plaies cavitaires, par Schleich. (*Therap. Monats.*, novembre.)

Plèvre. — Sur la non-existence d'une tendance au vide dans la plèvre à l'état normal, par Chalmet. (*Gaz. des hôp.*, 28 août.) — De l'étiologie de la pleurésie, par Loriga et Pensuti. (*Rivista d'igiene*, n° 8.) — De la nature de la pleurésie, par Kelsch. (*Gaz. hebd. de méd.*, 11 octobre.) — La pleurésie, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 185.) — Étude expérimentale sur les déformations thoraciques et les déviations viscérales produites par les épanchements pleurétiques, par Moussous. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 septembre.) — Les pleurésies, par Lancereaux. (*Bull. méd.*, 28 septembre.) — De la mobilité des exsudats pleurétiques, par Rovighi. (*Riv. clin. arch. ital. di clin. med.* XXIX, 3.) — Pleurésie interlobaire gauche suppurée, causée par le bacille encapsulé de Friedlænder, par Letulle. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 30 mai.) — Traitement de la pleurésie séreuse par le salicylate de soude, par Tetz. (*Therap. Monats.*, juillet.) — Contribution à la thérapeutique des exsudats pleurétiques séro-fibrineux, par G. Cavallero. (*Il Morgagni*, août.) — Rétraction pleurétique du thorax guérie par la compression du côté sain par Schreiber. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 9 juin.) — Des pleurésies fibrino-purulentes et des pleurésies purulentes proprement dites. Leur marche naturelle et leurs indications thérapeutiques, par Kiener. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Deux cas d'empyème, complications d'abcès du péricarde et du poumon, par Money. (*Lancet*, 18 octobre.) — Cinq cas d'empyème, par Batchelor. (*Med. News*, 11 octobre.) — Pleurésie pneumococcique purulente. Guérison sans opération. Pneumonie et médiastinite consécutives, par Jaccoud. (*France médicale*, 17 janvier.) — Présence du bacille encapsulé de Friedlænder dans l'exsudat de deux pleurésies purulentes. Considérations générales sur le rôle pathogène de ce microorganisme, par Netter. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 30 mai.) — Pleurésie purulente à pneumocoques, par Antony. (*Ibid.*, 13 juin.) — Ostéite tuberculeuse de la neuvième côte. Pleurésie primitive. Abcès froid

consécutif de la paroi thoracique gauche. Résection partielle de la côte. Guérison, par Renaud. (*Revue méd. de l'Est*, n° 16, p. 497.) — Pleurésie purulente traitée par les injections intra-pleurales antiseptiques, par Fernet. (*Gaz. des hôp.*, 6 novembre.) — Traitement de l'empyème, par Immermann. (*Therap. Monats.*, juin.) — Idem., par Schede. (*Ibid.*) — Pleurésie purulente tuberculeuse. Résection de la totalité de la paroi thoracique extérieure; raclage de la plèvre et greffe de la peau sur le moignon du poumon; guérison, par Tillmanns. (*Berl. klin. Woch.*, 28 avril.) — Double empyème, double pleurotomie, guérison, par Westbrook. (*N. York med. Journ.*, 1er novembre.) — Traitement de la pleurésie purulente par les injections intra-pleurales de sublimé, par Moussous. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 5 octobre.) — Du traitement et de la prophylaxie de la pleurésie purulente, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mai.) — Pleurésie purulente ancienne traitée avec succès par les injections au sublimé corrosif, par Mabille et Lallemand. (*Ibid.*, 30 mai.) — Le traitement de la pleurésie purulente en Allemagne, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 5 août.) — Empyème avec résection d'une portion de deux côtes pour une pleurésie purulente secondaire à une fièvre typhoïde, par Gellé. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 302.) — Traitement de l'empyème, par Kirchhoff. (*Therap. Monats.*, avril.) — Du drainage par aspiration dans le traitement de l'empyème, par Bulau. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2. — Traitement de l'empyème, discussion. (Congrès de Vienne, 15 avril.)

Poil. — De quelques poils déformés dans l'alopécie areata de la barbe, par Mibelli. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXV, 3.) — Recherches histobiologiques et étiologiques sur la trichomycose nodulaire, par Juhel-Renoy et Lion. (*Ann. de dermat.*, I, n° 10.) — De la kératose pilaire, par Barduzzi. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXV, 3.) — Trichiasis et districhiasis, par Franke. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.)

Poumon. — Sur les conditions de la circulation pulmonaire, par Andrews. (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre.) — Sur les lois qui régissent la transmission de la voix aphone à travers le poumon et les liquides pleuraux de diverse nature, par G. Rummo. (*Riforma medica*, 17 juillet.) — Leçons sur les formes les plus communes des affections pulmonaires, par Crook. (*N. York med. Journ.*, 30 août.) — Nouvelle méthode de percussion pour le sommet du poumon et le cœur, par Kabierske. (*Therap. Monats.*, mars.) — Des causes de l'emphysème pulmonaire, par Sidney Edkins. (*Practitioner*, mars.) — L'étiologie et la pathogénie de l'emphysème pulmonaire, par Forlanini. (*Il policlinico*, n° 5.) — Des scléroses pulmonaires, par Letulle. (*Gaz. hebd. de méd.*, 6 septembre.) — Diffusion dans l'organisme du pneumocoque de Fränkel dans la pneumonie fibrineuse, par B. Pernice et G. Alessi. (*Riforma medica*, 14 mai.) — De la présence du diplocoque pneumonique dans le lait d'une femme atteinte de pneumonie, par Bozzolo. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin.) — Examen bactériologique de cas de pneumonie aiguë, par Welch. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 23 août.) — Pneumonie et pneumocoque, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 juin.) — De l'infectiosité de la pneumonie croupale, par Sokoloff. (*Bolnitch. gaz. Botkina*, n° 29.) — Étiologie et traitement de la pneumonie, par Deahofe. (*Times and Register*, II, n° 6.) Trois cas de pneumonie infectieuse dans une même famille, par Oliver. (*Lancet*, 11 octobre.) — De la pneumonie croupale chez les indigents, par Grætzer. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Remarques sur la pneumonie croupale, par Adolf Müller. (*Münch. med. Woch.*, n° 22.) — Pneumonie par contusion, par Minassi. (*Riforma med.*, 28 mai.) — Abolition du sens

musculaire limitée à la main droite consécutive à une pneumonie, par GALLIARD. (*France méd.*, 9 mai.) — Pneumonie croupale apyrétique, par MAYER. (*Münch. med. Woch.*, 10 juin.) — Causes et traitement de la pneumonie, par J. CARTER. (*Med. News*, 2 août, p. 102.) — Pronostic et traitement de la pneumonie fibrineuse, par FEDERICI. (*Riforma medica*, 17 mai.) — Étude clinique sur la résolution lente de la pneumonie, par F. CIMBALI. (*Morgagni*, février.) — Un cas de pneumonie syphilitique terminé par la guérison, par G. CASTELLANA. (Broch. in-8°, *Palerme*.) — Veratrum viride dans la pneumonie, par MARTIN. (*Med. News*, 1er novembre.) — Le bain froid contre la pneumonie, par HENAULT. (*Thèse de Paris*, 18 novembre.) — Contribution au traitement de la pneumonie par les bains froids, par BARTH. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 juin.) — Sur le traitement de la pneumonie croupale, par BARTHOLOW. (*Americ. Journ. of med. sc.*, novembre.) — Recherches sur le traitement de la pneumonie par la chaleur élevée, par PAPADOPOULOS. (*Revue gén. de clin.*, n° 31, p. 496.) — Traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique. (*Lyon méd.*, 13 juillet.) — Nouvelle méthode de saignée dans quelques formes de congestion pulmonaire, par SIMPSON. (*Lancet*, 1er novembre.) — Du pneumothorax, par LIEBERMEISTER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 373.)

Prostate. — Rétention d'urine par suite d'obstruction prostatique chez les vieillards, nature, diagnostic, etc., par GOULEY. (*N. York med. Journ.*, 1er novembre.) — Prostatite suppurée compliquée de perforation de l'urètre et de cystite purulente. Opération, par PERRIN fils. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 431, juin.) — Abcès de la prostate, traité par l'incision périnéale, par AMES. (*Med. News*, 13 septembre, p. 265.) — Prostatite et abcès de la prostate, par HARTE. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 16 août, p. 247.) — Opérations pour l'hypertrophie de la prostate, par BELFIELD. (*Americ. Journ. of med. sc.*, novembre.) — La prostatotomie et la prostatectomie, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 12 novembre.)

Psoriasis. — Emploi de l'hydracétine dans le psoriasis, par BASCH. (*Gyogyaszat*, n° 4.) — Le traitement du psoriasis, par KOBERT. (*Practitioner*, avril.)

Psorospermose. — Psorospermie hépatique du lapin, par REMY. (*Bull. Acad. de méd., Belgique*, n° 7, p. 384.)

Psychologie. — Remarques sur le travail de Sully sur le processus psychophysique dans l'attention, par BAIN, FOUILLÉE et HODGSON. (*Brain*, n° 51. Le dédoublement de la personnalité et le somnambulisme, par AZAM. (*Rev. scientif.*, 2 août.) — Sur la physiologie de l'attention, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.)

Psychose. — Des inconscients (hypnotisme, spiritisme, etc.), par DE SARLO (*Riv. sper. freniat.*, XVI, 3.) — Les signes physiques des hallucinations, par FÉRÉ. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Des hallucinations, par E. MENDEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 juin.) — Un cas de mélancolie cataleptiforme, par SOLLIER et SOUQUES. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, n° 3, p. 120.) — La psychopathie sexuelle, par R. VON KRAFFT-EBING. (5e édition revue, *Stuttgart*.) — Résultats psychiques des opérations gynécologiques, par STONE. (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 30 août, p. 305.)

Ptomaïne. — Les ptomaïnes, histoire et caractères chimiques, par JACQUEMART. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 septembre.) — Sur les empoisonnements alimentaires, microbes et ptomaïnes, par POLIN et LABIT. (In-8°, 240 p., *Paris*.)

Puerpéral (**État**). — L'infection puerpérale, par CHANTEMESSE. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Recherches bactériologiques dans quelques cas d'infection puerpérale, par HAUSHALTER. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Fièvres puerpérales, par MAC CALVEY. (*Philad. med. Reporter*, II, n° 8.) — Cas de septicémie puerpérale, par WEELER. (*Nortwest. Lancet*, n° 16.) — Fièvre des accouchées, hygiène et antisepsie, par BOXALL. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXII, p. 219 et 275.) — De l'unité pathogénique des différentes formes de l'infection puerpérale, par CHAMBRELENT. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 5 octobre.) — Albuminurie puerpérale, par DEAHOFE. (*Journal Amer. med. assoc.*, 27 septembre.) — Métrorragie puerpérale, tamponnements avec la gaze iodoformée, guérison, par FR. MERKEL. (*Münch. med. Woch.*, n° 30.) — Aphasie et hémiplégie pendant les suites de couches, guérison, par REMY. (*Revue méd. de l'Est*, n° 13, p. 408.) — De l'intervention dans l'infection puerpérale post abortive, par AUDEBERT. (*Thèse de Bordeaux.*)

Purpura. — Un cas de morbus maculosus de Werloff, par ZANETTI. (*Atti d. Accad. med. Perugia*, II, n° 1.) — Sur le purpura à streptocoques au cours de la méningite cérébro-spinale streptococcienne, transmission du purpura de la mère au fœtus, par HANOT et LUZET. (*Arch. de méd. expér.*, II, 6.) — Un cas de purpura hémorragique rhumatismal, par PRENTISS. (*Med. News*, 23 août, p. 191.) — Purpura hémorragique, par JACKSON, EARLE, JACOBI, etc. (*N. York med. Record.*, p. 712, 21 juin.)

R

Rachis. — Productions caudales chez l'homme, par O. SCHÆFFER. (*Münch. med. Woch.*, 5 août.) — De la scoliose sciatique, par GUSSENBAUER. (*Prag. med. Woch.*, n° 17.) — De la scoliose typique, par NÖNCHEN. (*Cent. f. orthop. Chir.*, n° 6.) — La déviation latérale du rachis comme signe de mal de Pott, par LOVETT. (*Boston med. Journ.*, 9 octobre.) — Scoliose essentielle des adolescents, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthop.*, n° 5.) — Détermination de la force musculaire des jeunes filles, ses rapports avec l'étiologie, le pronostic et le traitement des scolioses latérales, par SCUDDER. (*Boston med. Journ.*, 6 novembre.) — Sur le traitement de la scoliose habituelle par la gymnastique mécanique, par LANDER. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 22.) — Traitement de la scoliose, par FORGUE. (*Montpellier méd.*, 1er septembre.) — Coccygodynie, résection du coccyx, par GOLDTHWAIT. (*Boston med. Journ.*, 25 septembre.) — L'ostéite tuberculeuse de l'articulation atloïdo-occipitale et de son pourtour, par ERNST VON BERGMANN. (*Leipzig.*) — De l'ostéomyélite de la colonne vertébrale, par TOURNADOUR. (*Thèse de Paris*, 12 novembre.) — Sur un cas de mal de Pott, par DUPLAY. (*Union médicale*, 12 juin.) — Un cas de paraplégie par ankylose vertébrale, par COMBEMALE. (*Gaz. méd.*, *Paris*, 16 août et *Bull. méd. du Nord*, n° 13.) — De la guérison possible et définitive du mal de Pott, par SIRAUD. (*Lyon méd.*, 14 septembre.) — Chirurgie rachidienne du mal de Pott, par CHIPAULT. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Peut-on se dispenser de traiter le mal de Pott, par GEORGE RYAN. (*Trans. of the Amer. orthop. Assoc.*, vol. II, p. 223.) — Paraplégie guérie par la trépanation, par DERCUM. (*Americ. neurol. Assoc.*, 4 juin.) — Trépanation

du canal rachidien dans les paralysies par arthrites vertébrales, par Kraske. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 484, 26 mai.) — Un cas de carcinose vertébrale, par G. Guinon. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 2, p. 73.)

Rachitisme. — Les années 1888-89 à l'Institut des rachitiques de Milan, par Zuffi et Panzeri. (*Arch. di ortop.*, n° 4.) — La distribution géographique et l'étiologie du rachitisme, par Palm. (*Practitioner*, octobre.) — Un cas de rachitisme généralisé d'une famille, par Gibert. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Un cas d'inflexion bilatérale du col du fémur d'origine rachitique, par Rotter. (*Münch. med. Woch.*, n° 32.) — Un cas de rachitisme intra-utérin, par J. W. Ballantyne. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1111, juin.)

Rage. — Discussion sur la rage. (*N. York Acad. of med.*, 16 octobre.) — Épizootie de rage, 400 daims du parc d'Ickworth, morts de rage, par Adami. (*Brit. med. Journ.*, p. 808, octobre 1889.) — Statistique de l'Institut Pasteur de Charkow en 1889, par Wissokowicz. (*Ann. Institut Pasteur*, IV, n° 9.) — Résultats statistiques des vaccinations antirabiques à l'Institut de Palerme, par L. de Blasi et Russo-Travali. (*Riforma medica*, 20 mai.) — Sur un cas atypique de rage humaine, par Schæffer. (*Ann. Institut Pasteur*, IV, n° 8.)

Rate. — Sur le développement de la rate chez les poissons, par Laguesse. (*Journ. de l'anat.*, n° 4.) — Du souffle splénique, par Leudet. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Rupture mortelle de la rate, par Darwin. (*Indian med. Gaz.*, juin.) — Observation de splénectomie, par Fussell. (*Univ. med. Magazine*, septembre.)

Rectum. — Atrésie diaphragmatique du rectum, par Cleveland. (*Obst. Soc. Cincinnati*, 13 mars.) — Les conditions qui donnent naissance au soi-disant ballonnement du rectum, par Burghard. (*Lancet*, 23 août.) — De l'antisepsie rectale, par Baudouin. (*Progrès médical*, 30 août.) — Traitement de la fistule rectale et des abcès périrectaux, par P. Sendler. (*Deut. med. Woch.*, n° 14, p. 282.) — Traitement du prolapsus complet du rectum, par Cripps. (*Lancet*, 11 octobre.) — Traitement du prolapsus du rectum, par Rochard. (*France méd.*, 3 janvier.) — Rétrécissements du rectum, par Tillaux. (*Gaz. des hôp.*, 16 octobre.) — Laparo-colotomie pour rétrécissement du rectum, par Briddon. (*N. York med. Journ.*, 20 septembre.) — Cancer du rectum, par Villette. (*Bull. méd. du Nord*, n° 14, p. 369.) — Le cancer du rectum et son extirpation, par Kelsey. (*N. York med. Journ.*, p. 477, 3 mai.) — Opération en deux temps des cancers haut situés du rectum, par Rehn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 483, 26 mai.) — Extirpation d'un cancer du rectum, par Moulonguet. (*Gaz. hebd. de méd.*, 12 juillet.) — Carcinome du rectum opéré par la méthode de Kraske, par Poisson. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 397.) — De la suture intestinale dans l'opération du cancer du rectum, par Perron. (*Gaz. hebd. de méd., Bordeaux*, 20 juillet.) — De la colorectostomie, par Ullmann. (*Ann. soc. méd., Anvers*, juin.) — Colotomie inguinale gauche pour cancer du rectum; survie de 6 mois, par Mc Fadden. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 136, 26 juillet.) — Extirpation des cancers du rectum par un nouveau procédé, par Moulonguet. (*Gaz. méd., Picardie*, juillet.) — Extirpation du rectum par la voie sacrée, par Sylvester Saxtorph. (*Mercredi méd.*, 10 septembre).

Réflexe. — Sur la localisation du réflexe patellaire dans la moelle, par Sanna-Salaris. (*Ann. di freniat.*, II, 2.) — Contributions nouvelles à l'étude des réflexes, par Erben. (*Wien. med. Woch.*, n° 21.) — Des

réflexes tendineux, par Stenberg. (*Berl. klin. Woch.*, 30 juin.) — Valeur du réflexe de Westphal, du réflexe pupillaire, association de ces signes et nature du réflexe patellaire, par Rossi. (*Il Manicomio,* VI, 1 et 2)

Rein. — Reins de l'amphioxus, par Boveri. (*Münch. med. Woch.*, n° 26.) — Contribution à la physiologie des reins, par M. Bial. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLVII, p. 116.) — Action des albuminates sur l'activité du rein sain et malade chez l'homme et les animaux, par Prior. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 1 et 2.) — Contribution à l'étude des capsules surrénales, par Duclos. (*Rev. gén. de clinique*, n° 30, p. 473.) — Capsules surrénales accessoires dans un ganglion semi-lunaire et au milieu du plexus solaire, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 2 novembre.) — Du rein morbide et de son traitement, par E. Desnos. (*France méd.*, 28 mars.) — Des symptômes rénaux dans les affections aiguës intestinales, de la formation des cylindres hyalins, par Kobler. (*Wiener klin. Woch.*, 10 juillet.) — L'influence du climat des États-Unis sur la maladie de Bright, par Purdy. (*N. York med. Journ.*, 4 octobre.) — Une épidémie de mal de Bright aigu, par Fiessinger. (*Gaz. méd., Paris*, 27 septembre.) — Contributions expérimentales à la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightiques, par Semmola. (*Bull. Acad. de méd.*, 29 juillet.) — Néphrite par aplasie artérielle, par Pilliet. (*Tribune méd.,* 21 août.) — Le mal de Bright et les néphrites, par Laffitte. (*Gaz. des hôp.*, 20 septembre.) — Sur un cas de néphrite aiguë accompagnée de purpura, par Matignon. (*Gaz. hebd. de méd., Bordeaux*, 1er juin.) — Le traitement des néphrites chroniques en Allemagne, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 23 septembre.) — Traitement du mal de Bright chronique. Discussion du 9e Congrès de médecine interne. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 522, 9 juin.) — Traitement du mal de Bright chronique, par Senator et Von Ziemssen. (*Ibid.,* 2 juin.) — Rein tuberculeux, par Leclerc et Tournier. (*Lyon méd.*, 9 novembre.) — Traitement chirurgical de la tuberculose rénale, par Madelung. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 418, 5 mai.) — Hématurie grave, néphrectomie, guérison, par Brown. (*N. York med. Journ.*, 16 août.) — Calcul du rein, néphrectomie, par Gerster. (*N. York surg. Soc.,* 14 mai.) — Extirpation d'un calcul de l'uretère par la section lombo-abdominale, par Hall. (*Americ. Assoc. of obst.*, 16 sept.) — Néphrectomie lombaire droite pour fistule uretéro-abdominale, par Bertini. (*Bull. Accad. med., Roma*, XV, n° 8.) — Plaie non pénétrante du rein droit, par Buchanan Hamilton. (*Brit. med. Journ.*, p. 629, septembre.) — Le traitement chirurgical du rein mobile. Cinq néphrorraphies avec excellent résultat, par Mac Cosh. (*N. York med. Journ.*, p. 281, 15 mars.) — Un cas de néphrorraphie, par Keen. (*Journ. Americ. med. Assoc.,* 1er novembre.) — De la fixation des reins mobiles, par Mikulicz. (*Zeit. f. Geburts*, XIX, 2.) — Kystes paranéphriques, par Abbe. (*N. York med. Journ.,* 9 août.) — De l'hydronéphrose, par Terrillon. (*Bull. méd.,* 29 octobre.) — Pyo et hydronéphroses, par Braun. (*Arch. f. klin. Chir.,* XL, 4.) — Kyste du rein, guéri par une simple aspiration, par Cabot. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Du traitement chirurgical de l'hydronéphrose, par Jeannel. (*Gaz. hebd. de méd.,* 12 juillet.) — Pyélonéphrite suppurée avec phénomènes de cystite douloureuse rebelle. Néphrectomie sous-capsulaire, guérison, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.,* XVI, p. 208.) — Un cas de néphrotomie pour hydropyonéphrose, par W. Long. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 103, mai.) — Sept opérations de néphrotomie, néphrectomie, par Hamilton. (*N. York med. Journ.,* 16 août.) — Myosarcome striocellulaire du bassinet, par Gœbel. (In-8° *Tubingue.*) — Sarcome primitif du rein, par H. Rieder. (*Münch. med. Woch.*, n° 17.) — De la néphrectomie pour les tumeurs du rein, par Quénu. (*Bull. Soc. de chir.,* XVI, p. 234.) — Carcinome conjonctif du

rein, suite de pyélo-néphrite suppurée, cancer généralisé, par FERRARO. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 7.) — Cancer du rein droit. Néphrectomie lombaire, guérison, par VILLENEUVE. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 221.) Épithélioma volumineux du rein gauche. Ablation par la voie abdominale, guérison complète depuis 28 mois, par TERRILLON. (*Ibid.*, XVI, p. 431.) — Lithiase rénale, calculs des reins, concrétions rénales, par FEUERBRINGER. (*Deut. med. Woch.*, n° 7, p. 128.)

Résection. — De la résection costale, par DHOMÉ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Résection du coude, par LAGUAITE. (*Lyon méd.*, p. 619, 31 août.) — Des résultats définitifs de la résection du coude dans les cas d'ankylose, par CUZIN. (*Thèse de Lyon.*) — Résection du poignet, par HOFFMANN. (*Münch. med. Woch.*, 29 juillet.) — Résection de la hanche, par REGINALD SAYRE. (*Trans. of the Amer. orthop. Assoc.*, vol. II, p. 152.) — Sept cas de résection de la hanche, lavages à l'eau chaude, réunion primitive dans 6 cas, par BARKER. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 28 octobre.) — Des résections de la hanche dans l'arthrite déformante, par CORNILS. (*Inaug. dis., Iéna.*) — Traitement des pseudarthroses du tibia, avec grande perte de substance, par la résection du péroné, par PLETTNER. (*Deut. med. Woch.*, n° 13, p. 261.) — Nouveau procédé d'incision pour la résection du tarse, par OBALINSKI. (*Cent. f. Chir.*, 25 octobre.) — De la résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale dans les ostéo-arthrites du cou-de-pied et du traitement consécutif le plus propre à assurer le succès de cette opération, par VALLAS. (*Rev. de chir.*, août.) — Un 37e procédé de résection du cou-de-pied, par LAUENSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 459, 19 mai.) — Des résections atypiques du pied, par ISLER. (*Deut. Zeit. Chir.*, XXXI, 3 et 4.)

Respiration. — Le rythme de la respiration, par RICHET. (*Rev. scientif.*, 13 septembre.) — Les différences entre les mouvements respiratoires de l'homme et de la femme, par SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 11 octobre.) — Les facteurs du rythme respiratoire et la régulation de la respiration, par COWL. (*N. York med. Journ.*, 6 septembre.) — La respiration dans la station, par HINSDALE. (*N. York med. Journ.*, p. 292, 15 mars.) — Phénomènes chimiques de la respiration, chez le cheval, pendant le repos et pendant l'activité, par F. SMITH. (*Journ. of Physiol.*, vol. XI, p. 65.) — La réglementation spontanée de la respiration, par MELTZER. (*N. York med. Journ.*, p. 60, 18 janvier.) — La respiration artificielle, théorie et pratique, par RICHARDSON. (*Wood's med. and surg. monog.*, octobre.)

Rétine. — Étude histologique sur la rétine, par KUHNT. (*Jenaisch. Zeit. f. Wiss.*, XXIV, p. 177.) — Sur un cas de gliome de la rétine, par WIDMARK. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 25.) — Du gliome de la rétine, par LAGRANGE. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 267.)

Rhumatisme. — Recherches microbiologiques sur le rhumatisme articulaire, par BORDAS. (*La Médecine moderne*, 21 mai.) — Différenciation dans les affections rhumatismales, par HUGH LANE. (*Lancet*, 25 octobre.) — Rhumatisme des membres inférieurs, guérison par le cuivre et le zinc, par MORICOURT. (*France méd.*, 25 juillet.) — Les troubles trophiques des extrémités dans le rhumatisme chronique, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 3 juin.) — Rhumatisme et goutte, par SATTERLEE. (*Détroit*, 83 p.) — Nodosités rhumatismales sous-cutanées, par EDWARDS. (*Univers. med. Magazine*, II, p. 190.) — Nodules rhumatismaux périostiques, par COUTTS. (*Lancet*, 25 octobre.) — Traitement du rhumatisme et de la goutte par l'électricité, le massage et l'eau, par GEORG HUENERFAUTH. (*Wiesbaden.*) —

Action de la pilocarpine dans le rhumatisme articulaire chronique, par Hochhalt. (*Pester med. chir. Presse*, n° 22.)

Roséole. — De la roséole épidémique, par Johannes Seitz. (*Corresp. Blatt. für schw. Ærzte,* 15 juin.)

Rouget. — Le rouget du porc, son traitement, vaccination pastorienne, par Revel. (In-12, 64 p., *Rodez.*)

Rougeole. — Coexistence de rougeole et scarlatine, par Moore. (*Brit. med. Journ.*, 8 novembre.) — Épidémie de rougeole et rubéole, par Castan. (*Montpellier méd.,* 16 août.) — Complications oculaires de la rougeole, par Deschamps. (*Dauphiné méd.*, 1er juillet.) — Prophylaxie de la rougeole. Licenciement des écoles, par Blanquinque. (*Union méd. Nord-Est*, n° 6, p. 203.) — Myosites rubéoliques, par Gaucher et Mariage. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juin.) — Traitement de la rougeole maligne par les bains froids, par Dieulafoy. (*Ibid.*, 9 mai.) — Nouveaux cas de rougeole maligne traitée par les bains froids, par Dieulafoy. (*Ibid.*, 20 juin.)

S

Salive. — Physiologie de la sécrétion salivaire. Effets des nerfs crâniens sur la salive dite sympathique, par J.-N. Langley. (*The Journal of physiology*, vol. X, p. 291.) — Contribution à l'histoire des calculs du canal de Sténon, par Brulant. (*Bull. méd. du Nord*, n° 12, p. 300.) — Ptyolithe dans le conduit de Wharton, par Rohrer. (*Wiener klin. Woch.*, n° 2.) — Enchondrome de la glande sous-maxillaire, par Lane. (*London clin. Soc.*, 24 octobre.)

Sang. — Méthode pour prendre du sang chez l'homme, par Scheurlen. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 9.) — Nouvelle théorie chimique de la coagulation du sang, par Arthus et Pagès. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Des ferments saccharifiants et glycolitiques du sang, par Lépine. (*Lyon méd.*, 5 octobre.) — Sur le sucre dans le sang, par Barral. (*Thèse de Lyon.*) — Sur le dosage du sucre du sang, par Barral. (*Lyon méd.*, p. 15, 7 septembre.) — De quelques conditions de la cristallisation de l'hémine, par Tamassia. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 3.) — De la teneur en hémoglobine du sang dans les affections chirurgicales et de la reformation du sang après les hémorragies, par Mikulicz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 459, 19 mai.) — Production des cristaux d'hémine dans le sang en putréfaction, par Montalti. (*Sperimentale*, juillet.) — L'hémoglobine se trouve-t-elle dans le sang à l'état de substance homogène? par Bohr. (*Acad. des sc.*, 28 juillet.) — Sur les combinaisons de l'hémoglobine avec l'acide carbonique et avec un mélange d'acide carbonique et d'oxygène, par Bohr. (*Ibid.*, 4 août.) — L'hémoglobine, chez la femme gravide, la parturiente, l'accouchée, et chez le nouveau-né, étudiée avec l'hémomètre de von Fleschl, par R. Pinzani. (*Bulletino delle scienze mediche di Bologna*, XXII, p. 1.) — Étude de la parasitologie du sang, par Gabritchewsky. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 7.) — Sur l'action microbicide du sang dans divers états de l'organisme, par Rovighi. (*Accad. med. di Roma,* XVI, vol. V.) — Action modificatrice du sérum sanguin sur les globules rouges, par Maragliano et Castellino. (*Riforma medica*, 19 juin.) — Sur les conditions pathologiques expérimentales qui modifient l'activité microbicide du sang,

par A. Bonoure. (*Ibid.*; 1er juillet.) — Recherches sur quelques taches de sang humain remontant à 15 et 20 ans, par U. Mussi. (*Ibid.*, 23 août.) — Diagnostic et traitement des maladies du sang, par Jaksch. (*Prag. med. Woch.*, 30 juillet.) — De l'examen du sang au point de vue du diagnostic des maladies aiguës, par Oriou. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Le sang et les vaisseaux à l'état de santé et de maladie, par Wesley Mills. (*N. York med. Journ.*, 13 septembre.) — Observations cliniques de leucocytose de digestion, par Mueller. (*Prager med. Woch.*, n° 17.) — Recherches expérimentales sur les leucocytes du sang; températures extrêmes supportées par les leucocytes, par Maurel. (In-8°, 59 pages, Paris.) — Contribution à l'étude du sang leucémique, recherches morphologiques sur les globules blancs et particulièrement sur la substance chromatique de leurs noyaux, par Roux. (*Province méd.*, 17 mai.) — Contribution à l'étude de l'hématinurie du bœuf, par G. Manca et Perroncito. (*Annali della R. Accad. d'agricultura di Torino*, vol. XXXII.) — Du traitement de la fièvre et de l'alcalinité du sang, par Klemperer et Kraus. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 522, 9 juin.)

Sarcome. — Sur la résistance des parois veineuses à l'invasion des sarcomes, par d'Urso. (*Giorn. Assoc. d. natur. Naples*, I, p. 41.) — Sarcome à petites cellules de l'avant-bras droit, généralisation aux ganglions axillaires, à la plèvre et au poumon du même côté, par Derville et Guermonprez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 10 octobre.) — Sarcome du péroné, amputation de cuisse, tumeur récidivée dans la moelle ; mort, par Jalland. (*Lancet*, 23 août.)

Saturnisme. — Recherches expérimentales sur les troubles nerveux du saturnisme chronique et sur les causes determinantes de leur apparition, par Combemale et François. (*Acad. des sc.*, 4 août et *Bull. méd. Nord*, n° 15.) — Discussion sur l'empoisonnement plombique par les eaux potables. (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. Journ.*, 30 août.) — De l'excrétion de l'azote urinaire dans la colique saturnine, par Combemale et Surmont. (*Soc. de biol.*, 26 juillet et *Bull. méd. du Nord*, n° 15.) — Empoisonnement saturnin mortel avec ataxie comme principal symptôme, par Walton. (*Boston med. Journ.*, 30 octobre.) — Les paralysies saturnines, par Lyon. (*Gaz. des hôp.*, 18 octobre.)

Scarlatine. — Histoire naturelle de la scarlatine, par Gresswell. (*Thèse d'Oxford*,) — La scarlatine et la fièvre typhoïde, par Talamon. (*La médecine moderne*, 2 octobre.) — Scarlatine apyrétique, par Wertheimber. (*Münch. med. Woch.*, n° 26.) — Sur la scarlatine apyrétique, par Bætz. (*Ibid.*, n° 28.) — Sclérose du rein d'origine scarlatineuse chez une fille de 14 ans, par Handford. (*Brit. med. J.*, 24 mai.) — De la néphrite scarlatineuse, par Barth. (*Union médicale*, 29 juillet.) — Bégayement avec mouvements associés survenu à la suite de la scarlatine chez un garçon de 8 ans, par H. Gutzmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 482, 26 mai.) — Le sulfate de soude dans le traitement de la scarlatine, par Elder. (*N. York med. Journ.*, p. 346, 29 mars.)

Sclérodermie. — Étiologie de la sclérodermie, par Eichhoff. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 6.) — Un cas de sclérodermie, par Rabl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 avril.) — Endartérite de l'arcade palmaire dans un cas de sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités, par Arnozan. (*Congrès de Dermatologie*, Paris.)

Scrofule. — La scrofule chez les Indiens sioux, origine et nature, par Graham. (*Americ. practit. and News.* IX, p. 1.)

Septicémie. — Septicémie spontanée, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 20 août.) La septicémie spontanée des lapins, par EBERTH et MANDRY. (*Fortsch. der Med.*, n° 14, p. 547.) — Suppuration et maladies septiques, par CHEYNE. (*Wood's med. and surg. monog.*, octobre.)

Sexe. — La production d'un sexe à volonté chez l'homme et les animaux domestiques, par Heinrich JANKE. (*Stuttgart.*)

Sommeil. — Troubles du sommeil, insomnie, par FOLSOM. (*Boston med. journ.*, 3 juillet.) — Influence du sommeil sur les échanges intra-organiques, par LÆHR. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVI, p. 286.) — Des troubles du sommeil, par WEIR-MITTCHELL. (*Americ. J. of the med. sc.*, août, p. 109.)

Spina bifida. — Du spina bifida de la région lombo-sacrée avec poche hydro-rachidienne externe, par TOUSSAINT. (*Thèse de Lille.*) — Un cas de spina bifida guéri par l'excision du sac, par CIUTI. (*Sperimentale*, juillet.)

Strabisme. — Méthode pour déterminer le strabisme latent, par GRADLE. (Congrès de Berlin, *Rev. d'opht.*, n° 8.) — Théorie du strabisme fondée sur des recherches anatomo-pathologiques, par SCHNELLER. (*Ibid.*) — Récents travaux sur le strabisme, par FRIEDENWALD. (*N. York med. Journ.*, 16 août.) — Antagonisme des champs visuels dans le traitement du strabisme, par C. REYMOND. (*Il policlinico*, n° 1, p. 2.)— Torticolis fonctionnel à la suite de strabisme convergent, par MOROSOW. (*Wratch*, n° 33.) — Nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire, par MOTAIS. (*Bull. acad. de méd.*, 9 septembre.)

Sucre. — Sur le ferment glycolitique, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 9 novembre.) — La présence du sucre dans les épanchements pathologiques, par RANSOM. (*Practitioner*, octobre.)

Suette. — Trois cas de suette miliaire, par COMANDOLI. (*Sperimentale*, juillet.)

Sueur. — La diaphorèse dans les maladies infectieuses fébriles, par QUEIROLO et PENNY. (*Riv. clin. arch. ital. di clin. med.*, XXIX, 3.)

Suppuration. — Contribution à l'étude de la suppuration, par Albert DUBLER. (*Bâle.*) — De la suppuration aseptique chez le lapin, par LEMIÈRE. (*Journ. sc. méd. Lille*, 23 mai.) — Maladie pyocyanique chez l'homme, par CHARRIN. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.)

Surdi-mutité. — La surdi-mutité, ses causes et sa prophylaxie, par A. SCHWENDT. (*Bâle.*) — La surdité congénitale; contribution à l'étiologie et à la pathogénie de la surdi-mutité, par HOLZER MYGIND. (*Berlin.*)

Syphilis. — La syphilis de J. Hutchinson, traduction allemande, par A. KOLLMANN. (*Leipzig.*) — Recherches sur les maladies vénériennes à Paris dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementaire de 1878 à 1887, par COMMENGE. (In-8°, Paris.) — Sur la rareté des maladies vénériennes dans la population ouvrière de Paris, par FIAUX. (*Gaz des hôp.*, 18 septembre.) — Nouveaux règlements sur la prostitution et la prophylaxie de la syphilis. (*Giorn. della c. Soc. ital. d'igiene*, 1888, n°s 11 et 12.) — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis, par FOURNIER. (*Médecine moderne*, 17 juillet.) — Recherches sur le nombre des globules sanguins et sur la quantité d'hémoglobine qu'ils contiennent dans la syphilis, par HJELMMAN. (*Finska läkar. handlingar*, XXXII, 8.) — Topographie du chancre syphilitique, par PORAI-KOSCHITZ. (153 pages, Charkow.)

— Contagion syphilitique extra-génitale (nez, mamelle, hypogastre, menton, lèvre inférieure), par Cooper. (*Lancet*, 25 octobre.) — Chancre syphilitique chez un verrier, par Villard. (*Lyon méd.*, 12 octobre.) — De la trace indélébile du chancre syphilitique, par Monin. (*Thèse de Lille.*) — Des accidents post mortem du chancre infectant, par Puche. (*Thèse de Lille.*) — Syphilis secondaires anormales et graves, par Mauriac. (*Mercredi méd.*, 16 juillet.) — Étude histologique des gommes syphilitiques et des lésions tertiaires en général, par Marfan et Toupet. (*Ann. de dermat.*, I, nos 8 et 9.) — De la syphilis en général et de la tertiaire en particulier au point de vue bactériologique, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXV, 3.) — Début, durée et traitement de la syphilis, par Leloir. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 6.) — Chancres syphilitiques des lèvres, des gencives, de la langue, du voile et des amygdales (13 cas), par Pavloff. (*Mediz. Obosrenie*, n° 1.) — Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, par Carpenter. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 7 octobre.) — Les manifestations linguales de la syphilis, par Fournier. (*Union médicale*, 15 mai.) — Chancre syphilitique du nez, par Pavloff. (*Mediz. Obosrenie*, n° 1.) — Syphilis des voies aériennes supérieures, par Schrœtter. (10e congrès de Berlin et *Mercredi méd.*, 22 octobre.) — Gomme du poumon, par Rolleston. (*London path. Soc.*, 4 novembre.) — De la syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique, par Forget. (*Thèse de Bordeaux.*) —Syphilis de la face et du cou ayant simulé le lupus, par Unna. (*Münchener med. Woch.*, n° 17.) — Syphilis spinale, par Finley. (*Canadian med. Assoc.*, 9 septembre.) — Sur deux cas de syphilis du mésocéphale à localisations spéciales, par Colleville. (*Gaz. hebd. de méd.*, 20 septembre.) — Neuro-syphilides et neuro-léprides. par Unna. (*Congrès international de Dermat.*, Paris, 1889.) — Deux cas de pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot) suivis de guérison, par Comby. (*France médicale*, 27 juin.) — Trois cas de syphilis cérébrale déterminant des affections mentales, par C. Hay. (*Med. News.*, 4 octobre.) — De la signification pratique des paralysies syphilitiques, par Thomsen. (*Allg. Zeit. f. Psych*,, XLVI, 5.) — Troubles urinaires prémonitoires des myélites syphilitiques, par Sénéchal. (*Thèse de Lille.*) — Diagnostic rapide et traitement de la syphilis cérébrale, par Corning. (*N. York med. Journ.*, p. 312, 22 mars.) — De la syphilis de la peau, par Kaposi. (*Wien. med. Blätter*, 9 octobre.) — Un cas de panaris syphilitique, par Kollmann. (*Münch. med. Woch.*, n° 28.) — Étude de la phlébite syphilitique, par Breda. (*Rev. ven. di sc. med.*, XI.) — Sept cas de syphilis articulaire tertiaire, par Hjelmman. (*Finska lakar. handlingar.*, XXXII, n° 9.) — Polyurie syphilitique, par Lecorché et Talamon. (*Médecine moderne*, 26 juin.) — Recherches histologiques sur la syphilis intestinale, par Sorrentino. (*Riforma medica*, 27 juin.) — Chancre syphilitique du col, par Galliard. (*France médicale*, 11 avril.) — Fièvre syphilitique et suite de couches, par Leblond. (*Bull. méd.*, 14 septembre.) — Sur un cas de syphilide gommeuse ressemblant au cancer de la verge, par A. Cucca. (*Riforma medica*, 10 juin.) — De la valeur des méthodes préventives dans le traitement de la syphilis, par Watraszewski. (*Mercredi méd.*, 15 octobre.) — Quelques observations contre le traitement hâtif de la syphilis, par During. (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 12.) — Excision du chancre dur et chancres durs multiples, par Arnozan. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 octobre.) — De l'excision du chancre dans le traitement abortif de la syphilis, par Leloir. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXV, 3 et *Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 6.) — Traitement du chancre, du bubon et de la blennorragie par la pyoctanine, par Lindström. (*Wratch*, n° 37.) — Résultats du traitement de la syphilis aux eaux de Tölz-Krankenheit (Bavière), par Georg Letzel. (*Tolz.*) — Recherche du chrome dans l'urine, dans le traitement de la syphilis

par les eaux chromées, par Guentz. (*Therap. Monats.*, mai.) — Influence des bains salés sur l'élimination du chrome par l'urine dans le traitement de la syphilis par les eaux chromées, par Guentz. (*Ibid.*, octobre.) — Du traitement de la syphilis par le peptonate de mercure, par Huefler. (*Ibid.*, septembre.) — Injections d'oxycyanure de mercure dans la syphilis, par Boer. (*Ibid.*, juillet.) — Traitement de la syphilis sur le succinimide mercuriel, par Vollert. (*Ibid.*, novembre.) — Injection de cyanure de mercure dans la syphilis, par Boer. (*Ibid.*, n° 7.) — Traitement de la syphilis par les injections d'hydrargyre succinimidique, par Selenew. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 36.) — Syphilis observée à Constantinople; effets des différentes préparations hydrargyriques administrées par la méthode hypodermique, par Houlky-Bey. (*Congrès international de Dermatologie*, Paris, 1889.) — Des indications spéciales des applications du mercure dans le traitement de la syphili,s par Lang. (*Cent. f. Therap.*, septembre.) — De l'emploi du bromure de potassium dans certaines manifestations syphilitiques, par Augagneur. (*Province méd.*, 19 juillet.)

T

Tænia. — A propos d'une observation de tænia inerme, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, n° 17, p. 451.)

Teigne. — Les teignes, la teigne faveuse, par Quinquaud. (*Gaz. des hôp.*, 18 septembre et *Union méd.*, 10 juillet.) — Note sur la fréquence relative des teignes en Meurthe-et-Moselle, d'après les statistiques de la Maison départementale de secours, par Simon. (*Revue méd. de l'Est*, n° 16, p. 493. — Action des médicaments sur les cultures de favus et tricophyton, par Schwengers. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 4.) — Pathologie et traitement du sycosis, par J. Shoemaker. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 177, 2 août.) — De la pelade, par Quinquaud. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Sur une pseudo-pelade de nature microbienne, par Vaillard et Vincent. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 7.) — Étude sur l'alopécie névrotique, par Askanazy. (*Arch. f. Dermat.*, XXII, 4 et 5.)

Température. — Régulateur électro-automatique de température, par Remy Saint-Loup. (*Soc. de biol.*, 26 juillet.) — Nouvelles recherches de calorimétrie animale, par d'Arsonval. (*Arch. de phys.*, n° 4.) — Les pyrexies des fièvres spécifiques avec l'étude des oscillations quotidiennes de la température, par Chalmers. (*Glasgow med. Journ.*, juillet.) — L'abaissement de la température (hydrothérapie) dans la fièvre typhoïde, par Bradfute. (*N. York med. Journ.*, p. 263, 8 mars.)

Tendon. — De la tuberculose primitive des gaines tendineuses, par Garré. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 483, 26 mai.) — Ténorraphie, par Eliot. (*N. York med. Journ.*, 26 juillet.) — De l'hygroma à grains riziformes des gaines tendineuses, par Goldmann. (*Beit. zur path. Anat. Ziegler*, VII. — Démonstration théorique et pratique du rôle du tendon d'Achille dans la sustentation du corps humain, par W. Wirt. (*New-York medic. Records*, 28 juin.) — Nouveau procédé de suture tendineuse, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, p. 445, 27 juillet.)

Testicule. — Sur la structure du spermatozoïde de l'homme, par Dowdeswell. (*Ann. de microg.*, octobre.) — Les injections hypodermiques de suc

testiculaire de mammifères dans le traitement des maladies mentales, par Ventra et Fronda. (*Il manicomio*, VI, 1 et 2.) — Action des injections sous-cutanées de suc testiculaire, par Hausner. (*Wratch*, n° 29.) — Plusieurs cas d'emploi du suc testiculaire contre diverses maladies, par Goizet. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.) — Les injections du suc testiculaire dans la débilité mentale, par Marro et Livano. (*Arch. di psichiat.*, XI, 2.) — Sur l'action du liquide testiculaire, résultat négatif sur un bélier, Thierry. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Sur les hydrocèles doubles. par Buisson. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'hydrocèle en bissac, par Villeneuve. (*Mercredi méd.*, 6 août.) — Hydrocèle enkystée du cordon, hernie concomitante, cure radicale, par Polaillon. (*Gaz. des hôp.*, 18 septembre.) — De la récidive dans la cure radicale de l'hydrocèle, par Reclus. (*Journ. méd., Paris*, 24 août et *Mercredi méd.*, 9 juillet.) — De l'hématome du scrotum, hématocèle pariétale, par Baseil. (*Thèse de Nancy.*) — Pneumocèle des bourses, par Verneuil. (*France méd.*, 9 mai.) — Pneumocèle scrotale, par Sacaze. (*Gaz. hebd., Montpellier*, 7 juin.) — Hydro-hématocèle de la tunique vaginale, par Duplay. (*Gaz. des hôp.*, 2 septembre.) — Traitement de l'épididymite permettant la marche, par un suspensoir compresseur, par Arning. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.) — Tubercules du testicule. Épididymectomie, par Villeneuve. (*Marseille méd.*, n° 8, p. 535.) Des tumeurs graisseuses du scrotum, par Koch. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — Contribution à l'étude des tumeurs solides du cordon spermatique, par P. Avoledo. (*Il Morgagni*, août.) — Pathogénie des kystes de l'épididyme. Contribution à l'anatomie de l'épididyme, par Poirier. (*Rev. de chir.*, novembre.) — Lymphadénome du testicule, par Trélat. (*Mercredi méd.*, 3 septembre.) — Examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques, par Le Dentu. (*Bull. Acad. de méd.*, 12 août.) — Luxation du testicule, par Howlett. (*Brit. med. Journ.*, 13 septembre.) — Séparation traumatique de l'épididyme, par Bedford. (*Brit. med. Journ.*, 25 octobre.) — Sur le traitement de l'ectopie testiculaire, par Richelot. (*Rev. de chir.*, XVI, p. 275 et suiv.). — Résultats éloignés de l'orchidopexie, par Jalaguier. (*Ibid.*, p. 289.) — Orchidopexie datant de deux ans, par Schwartz. (*Ibid.*, p. 299.)

Tétanie. — Un cas de tétanie, par J. Schneek. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 387, 13 septembre.)

Tétanos. — Sur le poison du tétanos, par Tizzoni et Cattani. (*Riforma med.*, 4 juin et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Recherches sur la vitalité du virus tétanique dans les eaux, par R. Schwarz. (*Riforma medica*, 22 mai.) — Recherches sur le poison tétanique, par Tizzoni et Cattani. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII, 6.) — Premières recherches sur la nature et l'étiologie du tétanos, par Verhoogen et Baert. (In-8°, 142 p., *Bruxelles.*) — Nature infectieuse du tétanos, par Pla. (*Cronica med. quir., Havane*, XVI, p. 31.) — Recherches microbiologiques et expérimentales sur le tétanos, par Sanchez-Toledo et Veillon. (*Arch. de méd. expér.*, II, 6.) — Sur les rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos pour servir à l'étude des associations microbiennes virulentes, par Verneuil. (*Acad. des sc.*, 3 novembre.) — Comment la terre devient tétanigène, par Verneuil. (*Gaz. hebd. de méd., Paris*, 18 octobre.) — De la présence du bacille du tétanos dans les excréments du cheval et du bœuf à l'état sain, par Sanchez-Toledo et Veillon. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Sur le tétanos, par Capitan. (*Soc. de biol.*, 18 octobre.) — Du tétanos en chirurgie d'armée, par Nimier. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Traitement du tétanos traumatique par les injections parenchymateuses d'acide phénique, par Bidder. (*Deut. med. Woch.*, n° 11.) — L'iodoforme et la prophylaxie

du tétanos, par G. Sormani. (*Riforma medica*, 26 août.) — Un cas de tétanos chronique traumatique, guérison, par R. Reyburn et Tancil. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 116, 19 juillet.) — Tétanos traumatique, guérison, par Fisher. (*Lancet*, 13 septembre.) — Sur le poison du tétanos, par G. Tizzoni et G. Cattani. (*Riforma medica*, 4 juin.)

Thérapeutique. — Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par Bocquillon-Limousin. (In-18, 308 p., *Paris.*) — La renaissance en thérapeutique, par Spender. (*Practitioner,* octobre.) — Agenda thérapeutique, par Th. Zerner. (*Vienne.*) — Traité de thérapeutique prophylactique, par C.-F. Kunze et Fr. Schilling. (*Stuttgart.*) — Manuel du traitement médicamenteux chronique, par Franz Penzoldt. (2° édit. revue, *Iéna.*) — Les travaux thérapeutiques en 1889, par Arnold Pollatschek. (*Berlin.*) — Le vieux et le nouveau en thérapeutique, par Hermann Vierordt. (*Tubingue.*) — Le papier végétal japonais pour remplacer les cachets et les capsules gélatineuses dans l'administration des poudres, par Hoffmann. (*Therap. Monats.*, mai.) — Sur la valeur thérapeutique des médicaments antithermiques, par Hacot. (*Thèse de Lille.*) — Médicaments naturels opposés aux produits chimiques, par Aulde. (*New York med. Journ.*, 25 octobre.) — Recherches sur quelques nouveaux hypnotiques, par Dehio. (*Saint-Petersburg. med. Woch.*, 18 août.) — Quelques incompatibilités médicamenteuses, par Gay. (*Gaz. hebd. sc. méd.*, *Montpellier*, 25 octobre.) — Sur les diurétiques, par Cervello et Lo Monaco. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Le cactus glandiflorus dans les maladies du cœur, par Engstad. (*Therap. Gaz.*, 15 septembre.) — Étude clinique sur l'action diurétique de la théobromine, par Gram. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Indication de la codéine, par Lœwenmeyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 415, 5 mai.) — Expériences comparatives concernant l'action du kola et de la caféine sur la fatigue et l'essoufflement déterminés par les grandes marches, par E. Heckel. (*Marseille méd.*, n°s 9 et 10.) — Nouvelle étude sur l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine, par de Brun. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Des injections hypodermiques d'ergotine et de leurs applications, par Mme Prokofiewa. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Valeur thérapeutique de l'hémoglobine, par Castellino. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXIV, 3.) — De l'emploi de l'aristol en dermatologie et gynécologie, par Van Baelen. (*Ann. de méd.*, *Anvers*, août.) — Sur l'aristol, par Schmitt. (*Revue méd. de l'Est*, n° 12, p. 355.) — Du traitement par le sulfonal et la chloralamide, par Umpfenbach. (*Therap. Monats.*, février.) — Du chloralamide, par Chopin. (*N. York med. Journ.*, 9 août.) — De l'hypnal ou mono-chloralantipyrine, par M. Frænkel. (*Bull. gén. de thér.*, 30 septembre.) — L'hydroquinone, sa valeur antithermique d'après Gaetano Traversa, par L. Greffier. (*France médicale*, 16 mai.) — Sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la pyrodine, par Lehoucq. (*Thèse de Lille.*) — L'exalgine et son action thérapeutique, par Lereboullet. (*Gaz. hebd. de méd.*, 11 octobre.) — Emploi externe et interne de l'ichthyol, par Gadde. (*Therap. Monats.*, mars.) — Bromuration et antisepsie intestinale, par Féré. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Du calomel comme diurétique, par Fackler. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 233, 16 août.) — De l'antimoine dans les inflammations, par E. Lawrie. (*Practitioner*, avril.) — De l'emploi thérapeutique de la créoline, par Zielewicz. (*Therap. Monats.*, avril.) — Sur l'emploi de la lanoline, par Paschkis. (*Cent. f. Therap.*, VIII, n° 10.) — De l'emploi diététique des graisses, par Zuntz. (*Therap. Monats.*, octobre.) — Valeur du savon d'Hebra, par Goldmann. (*Therap. Monats.*, janvier.) — Nouveaux savons médicinaux, par Eichhoff. (*Sammel. klin. Vorträge*, n° 4.) — Emploi de la pyoctanine en chirurgie, par Jasinsky. (*Gazeta lekarska*, n° 39.)

Thorax. — Les anomalies des côtes, par JABOULAY et TOURNIER. (*Province méd.*, 6 septembre.) — Absence congénitale de cinq côtes, avec les malformations qui en résultent, par HOMER GAGE. (*Trans. of the Amer. orthop. Assoc.*, vol. II, p. 233.) — Des abcès froids des parois thoraciques, médiastinites tuberculeuses, par TUFFIER. (*Semaine méd.*, 22 octobre.)

Thymus. — Lymphosarcome du thymus avec leucémie splénique, par GRAWITZ. (*Münch. med. Woch.*, 5 août.)

Thyroïde. — Des glandes thyroïdes accessoires au point de vue chirurgical, par LALITTE. (*Thèse de Nancy.*) — Extirpation de la thyroïde chez les pigeons, par EWALD et ROCKWELL. (*Arch. f. ges. Phys.*, XLVII, p. 160.) — Hypertrophie congénitale du corps thyroïde, par LENNOX BROWNE. (*Lancet*, 9 août.) — Etude clinique sur les goitres sporadiques infectieux, par CHARVOT. (*Rev. de chir.*, septembre.) — Goitre volumineux dans une thyroïde accessoire, extirpation, résection de la carotide primitive, interne et externe, guérison, par IEMOLI. (*Giorn. Accad. di med.*, *Torino*, juin.) — Goitre comprimant la trachée; trachéotomie, guérison, par CLARKE. (*Lancet*, 30 août.) — Du résultat de la ligature des artères afférentes dans le goitre, par RYDYGIER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XL, 4.) — Leçons sur la maladie de Graves, par HECTOR MACKENZIE. (*Lancet*, 13 septembre.) — De l'énucléation du goitre ; 1 cas, suivi de guérison, par W. REEN. (*Med. News*, p. 693, 28 juin.) — Paralysie de la 3e paire comme complication de la maladie de Graves, par FINLAYSON. (*Brain*, n° 51.) — Maladie de Basedow, par RIEDER. (*Münch. med. Woch.*, n° 20.) — Sur la nature et le traitement du goitre exophtalmique, par CORNING. (*N. York med. Journ.*, 13 septembre.)

Torticolis. — Torticolis et asymétrie de la face et du crâne, par GREFFIÉ. (*Montpellier méd.*, 16 novembre.) — Anatomie pathologique et traitement du torticolis congénital, par VOLLERT. (*Cent. f. Chir.*, 20 septembre.) — Torticolis musculaire, son traitement, ténotomie à ciel ouvert, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 23 octobre.) — Un cas de torticolis fonctionnel dû probablement à un trouble oculaire, par ROBERT LOVETT. (*Trans. of the Amer. orthop. Assoc.*, vol. II, p. 230.) — Ténotomie sous-cutanée et ténotomie à ciel ouvert pour torticolis musculaire, par GROSS. (*Semaine méd.*, 24 septembre.) — Résection du nerf spinal pour torticolis spasmodique. par SOUTHAM. (*Manchester med. Soc.*, 5 novembre.)

Trachée. — Polype fibroïde de la trachée, enfant de 5 ans, trachéotomie, mort par asphyxie, par BIDWELL. (*London path. Soc.*, 4 novembre.) — Dyspnée mortelle chez un enfant d'un an, pénétration de ganglions bronchiques dans la trachée, par PARKER. (*London clin. Soc.*, 10 octobre.) — Sarcome primitif des ganglions du médiastin avec rupture dans la trachée, par HAMMER. (*Prager med. Woch.*, n° 7.) — Effets de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie, par GIROD. (*La Clinique franç.*, n° 2.) — Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle, intégrité du larynx, spasme de la trachée, trachéotomie, guérison, par CHAPUT. (*Arch. de laryng.*, III, n° 4.) — Complication extraordinaire de la trachéotomie chez les vieillards (dyspnée, mort subite), par MICHAEL. (*Cong. de Berlin*, *Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Des hémorragies graves après la trachéotomie, par MAASS. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.)

Tremblement. — Quelques cas de tremblement chez les vieillards, par SACAZE. (*Montpellier méd.*, 1er juillet.)

Trépanation. — Sur les applications nouvelles de la trépanation du crâne, par WARNOTS. (*Journ. de méd., Bruxelles*, 5 septembre.) — Sur la réparation des ouvertures laissées par le trépan par l'hétéroplastie, par FRÆNKEL. (*Wiener klin. Woch.*, n° 25.) — Trépanation du crâne, indications et contre-indications de la réapplication des rondelles, par JABOULAY. (*Lyon méd.*, 16 novembre.)

Tuberculose. — Tuberculose expérimentale, note sur un mode de traitement et de vaccination par GRANCHER et MARTIN. (*Bull. méd.*, 20 août.) — La tuberculose zoogléique, par GRANCHER et LEDOUX-LEBARD. (*Arch. de méd. expér.*, II, n° 5.) — Une pseudo-tuberculose mycosique, par DIEULAFOY, CHANTEMESSE et WIDAL. (*Gaz. des hôp.*, 5 août.) — Une forme de pseudo-tuberculose, par PARIETTI. (*Cent. f. Bakteriol.*, VIII, 19.) — Tuberculose et pseudo-tuberculoses, par ROGER. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 8 novembre.) — Pseudo-tuberculose causée par une forme de cladothrix, par EPPINGER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 9 juin.) — De la production, chez le lapin, de tumeurs blanches expérimentales par inoculation intra-veineuse de culture de bacille de Koch atténué, par COURMONT et DOR. (*Soc. de biol.*, 8 novembre.) — Deux observations de tuberculose expérimentale chez des animaux dits à sang froid, par DESPEIGNES. (*Lyon méd.*, 2 novembre.) — Sur la tuberculose des volailles, par CADIOT, GILBERT et ROGER. (*Soc. de biol.*, 11 octobre.) — Du diagnostic de la tuberculose bovine par inoculation du mucus pharyngien, par GREFFIER. (*Revue de méd. vétér.*, n° 16.) — Recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats, par KÜHNE. (*Cent. f. Bakt.*, VIII, n° 10.) — Combien de temps une vache peut-elle être tuberculeuse avant que le lait ne devienne dangereux comme aliment, par ERNST. (*Practitioner*, août.) — Recherches expérimentales sur le lait tuberculeux, par BANG. (*Zeit. f. Thiermed.*, XVII, 1.) — L'étiologie de la phtisie pulmonaire, par BELL. (*Northwestern Lancet*, n° 14.) — Etiologie de la tuberculose, par CSOKOR. (*Wiener klin. Woch.*, n° 27.) — Recherches sur l'étiologie de la phtisie, par GIBBES et SHURLY. (*Amer. Journ. of med. sc.*, mars.) — Sur la possibilité d'influencer chimiquement la prédisposition tuberculeuse, par ISRAEL. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 24.) — La distribution géographique de la tuberculose et l'élevage du bétail, par BRUSH. (*N. York med. Journ.*, p. 253, 8 mars.) — De l'extension de la tuberculose comme maladie populaire, par KOLB. (*Münch. med. Woch.*, n° 20.) — Fréquence de la tuberculose dans les montagnes des hautes Vosges et du Tyrol, par SPILLMANN. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 octobre.) — Raisons de l'immunité relative pour la phtisie dans le Colorado, par MOORE. (*N. York med. Journ.*, 20 septembre.) — De la contagion de la phtisie démontrée par l'observation clinique (25 ans de pratique), par E. MAGNANT. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 13, p. 410.) — Emphysème et tuberculose, par POTAIN. (*Union méd.*, 10 juin.) — Formes larvées de la tuberculose pulmonaire, par ALFRED SOKOLOWSKI. (*Vienne.*) — Tuberculose buccale, par RITTER. (*Cong. de Berlin, Mercredi méd.*, 5 novembre.) — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la région sourcilière et des paupières, par P. SGROSSO. (*Giornale della Associazione Napoletana di medici e naturalisti*, fasc. 4.) — Sur quelques cas de tubercule cutané douloureux, par BRET. (*Province méd.*, 2 août.) — De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe, par DUBREUILH et AUCHÉ. (*Arch. de méd. expér.*, II, n° 5.) — Notes sur les troubles gastro-intestinaux et le régime chez les phtisiques, par VAN RUCK. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Tuberculose périphérique et tuberculose rénale, importance de l'examen urologique, par MOSSÉ. (*Gaz. hebd.*, *Montpellier*, 19 juillet.) — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la tuberculose; hygroma tuberculeux à type myxomateux, par D. CRITZMAN. (*La Médecine moderne*,

7 août.) — Sur les tuberculoses du pied, anatomie pathologique, par AUDRY. (*Rev. de chir.*, août.) — Nécessité de la stérilisation des foyers tuberculeux, par VERNEUIL. (*France méd.*, 9 mai.) — Infection tuberculeuse par la circoncision, par KOLZOW. (*Vratch,* n° 27.) — Prophylaxie de la tuberculose, par STROBELL. (*Med. News*, 18 octobre.) — Prophylaxie de la tuberculose, par PREDÖHL. (*Münch. med. Woch.*, n° 29.) — Essai sur la prophylaxie de la tuberculose et la substitution de la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère, par BERTIN et PICQ. (*Broch.*, *Nantes.*) — La curabilité de la phtisie aiguë, par M'CALL ANDERSON. (*Brit. med. Journ.*, 8 novembre.) — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par MICHAELIS. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 40.) — Nouvelle communication sur le traitement de la tuberculose, par KOCH. (*Deut. med. Woch.,* 13 nov. et *Bull. méd.*, 16 novembre.) — De l'utilité des maisons de santé pour les phtisiques des classes moyennes, par G. SÉE. (*Médecine moderne,* 15 mai.) — — De l'établissement d'un sanatorium pour les phtisiques, par NICAISE. (*Bull. gén. de thérap.,* 30 octobre.) — Des nouveaux traitements de la tuberculose pulmonaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thérap.,* 15 novembre.) — Traitement de la tuberculose par l'acide borique, par GAUCHER. (*Bull. méd.*, 10 août.) — Traitement de la tuberculose par le baume du Pérou, par LANDERER. (*Deut. med. Woch.,* n° 14, p. 280.) — Le traitement de la phtisie par l'air surchauffé. (*Ann. de la tubercul.*, II, 4.) — Quelques observations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, par l'appareil de Weigert, par A. RIVA. (*Morgagni*, mai.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par l'air chaud, par SCHŒNGUT et PFEFFER. (*Cent. f. Therap.,* septembre.) — Le menthol et les essences d'eucalyptus et de menthe dans la phtisie pulmonaire, par ROSENBAUM. (*Novosti Terapii,* n° 13.) — Recherches expérimentales et cliniques sur l'action de l'essence de girofles dans les affections tuberculeuses, par NANNOTTI. (*Sperimentale,* août.) — Le dosage et l'administration de la créosote dans la phtisie, par FLINT. (*N. York med. Journ.*, 26 juillet.) — Destruction du virus tuberculeux par les essences évaporées sur de la mousse de platine, par ONIMUS. (*Acad. des sc.*, 6 octobre.) — Le tellurate de potasse contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par NEUSSER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 23.) — L'aniline dans la tuberculose pulmonaire, par UREVITCH. (*Russkaia med.*, 31 décembre 1889.) — La phtisie pulmonaire à Cauterets, par GUINIER. (*Gaz. hebd., Montpellier*, 21 juin.)

Tumeur. — Étude statistique sur les tumeurs malignes, par MÜLLER. (In-8°, *Berne.*)

Typhoïde (Fièvre). — La biologie du bacille typhique, par JANOWSKI. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 6.) — Les flagella des bacilles typhoïdes, par LŒFFLER. (*Soc. méd. de Greifswald*, 10 janvier.) — Le passage du bacille typhique de la mère au fœtus, par GIGLIO. (*Cent. f. Gynæk.*, 15 novembre.) — Combien de temps le bacille de la fièvre typhoïde peut-il vivre dans le corps de l'homme, par CHANTEMESSE. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 juillet.) — Méthode de recherche du bacille typhique dans l'eau potable, par PARIETTI. (*Riv. d'igiene,* n° 11.) — Sur la présence du bacille typhique dans l'eau potable, par KARLINSKI. (*Zeit. f. Hygiene,* X, p. 464.) — Le bacille typhique dans le lait et l'eau et la production de putrescine et de typhotoxine, par RADEMAKER. (*Americ. Practitioner,* IX, p. 97.) — De la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux potables, par SCHOOFS. (*Thèse de Paris,* 20 novembre.) — Des conditions principales de l'étiologie de la fièvre typhoïde, par ALMQUIST. (*Sanml. klin. Vorträge,* n° 5.) — Contribution à l'étiologie des complications de la fièvre typhoïde, par PATELLA. (*Riforma med.*, 20 juin.) — Sur les conditions de propagation de la fièvre typhoïde

en rapport avec les recherches bactériologiques des dernières années, par Heyman. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 3.) — Conception clinique de la fièvre typhoïde, simplicité de son traitement, par Baumel. (*Gaz. hebd., Montpellier*, 13 septembre.) — Sur la présence du bacille typhique dans l'urine, par Karlinski. (*Prager med. Woch.*, n° 35.) — Du typhus chez le cheval, par Perroncito. (*Giorn. Accad. di med., Torino*, juin.) — L'épidémie récente de fièvre typhoïde à Cheltenham, par Tatham. (*Practitioner*, septembre.) — Discussion sur la fièvre typhoïde. (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. Journ.*, 30 août.) — Enquête sur l'étiologie d'une épidémie de fièvre typhoïde de maison, par Meunier et Barnsby. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 326, avril.) — Deux petites épidémies de fièvre typhoïde à Saint-Dié; étiologie et mode de transmission, par Rousselot. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde, par Aigre. (*Annales d'hyg. publ.*, p. 441, mai.) — La fièvre typhoïde aux Indes, par J.-B. Hamilton. (*Brit. med. Journ.*, p. 787, 4 octobre.) — La fièvre typhoïde à la Guyane anglaise, par Ferguson. (*Britan. Guiana med. Ann.*, p. 55.) — Anomalies de la fièvre typhoïde dans les États-Unis, par Franz Kronecker. (Epidémie de 1887 à New-York.). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 563, 23 juin.) — Les épidémies de fièvre typhoïde à Olten de 1879 à 1888, par Von Arx (fréquence depuis la distribution d'eau municipale, captée sur un terrain habité, coïncidence avec périodes de sécheresse et de pénurie des sources.). (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, n° 11, 1er juin.) — Influence des conditions météorologiques sur la production de la fièvre typhoïde, par Jamieson. (*Austral. med. Journ.*, XII, p. 97.) — Au sujet de 100 cas de fièvre typhoïde, par Macdonnell. (*Med. News*, p. 225, 6 septembre.) — Deux cas de forme sudorale de la fièvre typhoïde, par Boucher. (*Bull. Soc. méd. de Rouen*, II, p. 53.) — Fièvre typhoïde compliquée de rhumatisme, par Walker. (*Times and Register*, II, p. 84.) — Fièvres typhoïdes débutant comme des courbatures fébriles; épidémie de fièvre typhoïde succédant à une épidémie de dysenterie, remarques étiologiques, par Comte. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Complications aortiques et cardiaques de la fièvre typhoïde, par Potain. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er octobre.) — De l'artérite transitoire des membres inférieurs dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Potain, (*Bull. méd.*, 17 septembre.) — Trois cas de phlébite du membre inférieur au déclin de la fièvre typhoïde, par Arnaudet. (*Normandie méd.*, 1er novembre.) — Phlébite fémorale dans la fièvre typhoïde, par S. Chew. (*Med. News*, 11 octobre.) — Phlébite cervico-brachiale dans la fièvre typhoïde, par Girode. (*France méd.*, 4 juillet.) — Fièvre typhoïde, hémorragie intestinale, mort. Bile décolorée. Prolifération des noyaux des cellules hépatiques, par Hallion. (*France méd.*, 4 juillet.) — Gangrène de la jambe dans la fièvre typhoïde, par Drewitt. (*Lancet*, 15 novembre.) — Œdème douloureux partiel du thorax dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Leudet. (*Normandie méd.*, 1er octobre.) — Érythème scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde, par Ohmann-Dumesnil. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Affections osseuses dans la fièvre typhoïde, par Fuerbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, 437, 12 mai.) — Des suppurations dans la fièvre typhoïde, par Michon. (*Thèse de Lyon.*) — De l'étiologie des suppurations dans la fièvre typhoïde, par Orloff. (*Wratch*, n° 4.) — Phénacétine dans le traitement de la fièvre typhoïde, par Sommer. (*Therap. Monats.*, avril.) — Les traitements et la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, par Merklen. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 juillet.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Debove. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, par Van Eman. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 27 septembre.)

U

Ulcère. — Des ulcères des extrémités inférieures, par J. Mack. (*Med. News.* 11 octobre.) — Un cas de mal perforant plantaire, par Lassalle. (*Montpellier méd.*, 1er août.)— Le mal perforant, par Duplay. (*Union médicale,* 8 juillet.)

Urée. — Uréomètre clinique, par C.-G. Cumston. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 440, juin.) — Sur une nouvelle méthode de dosage de l'urée, par Miquel. (*Acad. des sc.,* 6 octobre.)

Urémie. — Urémie, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.,* 4 septembre.) — L'hémiplégie urémique, par R. Massalongo. (*Sperimentale*, décembre 1889.)

Urètre. — Diverticules du canal de l'urètre, par Dittel. (*Wiener klin. Woch.*. n° 32.) — Cas peu commun d'épispadias, pseudo-hermaphrodisme, par Manton. (*Lancet*, 23 août.) — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez une jeune fille, par Benicke. (*Zeit. f. Geburts.*, XIX, 2.) — Deux cas de rétrécissement de l'urètre et de prostatite chronique, avec névralgies réflexes, par T. Neilson. (*Med. News.*, 28 juin, 707.) — Quelques cas de rétrécissement de l'urètre chez l'homme, par Stewart. (*N.-York med. Journ.*, p. 396, 12 avril.) — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme, par Van de Varker. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 4 octobre.) — Rétrécissement suivi de rupture de l'urètre et d'épanchement urineux, urétrotomie externe, guérison, par Blake White. (*Journ. of cutan. dis.,* septembre.) — Quelques notes sur l'urétrotomie interne antiseptique, par Delafosse. (*Ann. mal. org. gén. urin.,* août.) — Le traitement chirurgical des rétrécissements de l'urètre, par Deaver. (*Therap. Gaz.*, 15 octobre.) — Nouveau conducteur pour l'endoscopie de la partie postérieure de l'urètre, par Lœwenhardt. (*Cent. f. Chir.*, n° 33.) — De l'urétroscope dans le diagnostic et le traitement des affections de l'urètre, par J. Deaver. (*Med. News,* 21 juin, p. 667.) — Prurit généralisé à la suite du passage d'une bougie, par Horwitz. (*Med. News*, 9 août, p. 141.) — Des ruptures traumatiques du canal de l'urètre, par Pierre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Calcul logé dans l'urètre depuis vingt ans, extirpation, par Arbuthnot Lane. (*Lancet,* 8 novembre.) — Polype de l'urètre, accompagné de vaginisme et de ténesme urétral interne ; destruction du polype par le thermo-cautère, par Arnould. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.)

Urinaires (Voies). — Étude sur les faux urinaires et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques, par Bazy. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Des névroses de l'appareil génito-urinaire, par Benedikt. (*Int. Klin. Rundschau,* n° 5.) — La polyurie simple et ses variétés, par Lancereaux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Sur les microorganismes des abcès urineux périurétraux, par Tuffier et Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Tumeurs vasculaires du méat urinaire chez la femme, par Pozzi. (*Mercredi méd.*, 23 juillet.) — Gangrène totale du pénis par infiltration d'urine, par Lejars. (*France médicale*, 7 mars.)

Urine. — Du ferment diastasique dans l'urine et de la fermenturie expérimentale, par Rosenberg. (*Thèse, Tubingue.*)—Modifications à la méthode de Rossel

pour doser le sucre de l'urine, par J. Baumann. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte,* n° 7, p. 224, 1er avril.) — Le dosage du sucre dans l'urine, par Purdy. (*N.-York med. Journ.*, p. 261, 8 mars.) — Sur la formation des acides gras volatils dans la fermentation ammoniacale de l'urine, par Salkowski. (*Zeits. für phys. Chem.* XIII, p. 264.) — Sur l'augmentation de l'acide sulfurique combiné des urines à la suite de l'administration de la phénacétine ; action toxique de la phénacétine, par A. Ubaldi. (*Riforma medica*, 2 et 3 juin.) — Détermination quantitative de l'acide urique dans l'urine humaine, par W. Camerer. (*Zeitschrift für Biologie*, XXVII, p. 153.) — Forme non habituelle de cylindres urinaires dans une urine non albumineuse, par R. v. Hœsslin. (*Münchener med. Woch.*, 5 novembre 1889.) — Du dosage des phosphates terreux dans l'urine, par de Girard. (*Montpellier méd.,* 16 août.) — Cultures de la sarcine de l'urine, par Hartge. (*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 22.) — Présence de cristaux d'oxalate de chaux dans l'urine avec l'hématurie ou l'hémoglobinurie, par Foulerton. (*Lancet,* 4 octobre.) — Les urines albumineuses, leurs caractères physiques, chimiques et microscopiques, recherche et dosage de l'albumine de l'urine, par Picard. (*Journ. de méd. Paris,* 21 septembre.) — Méthodes de recherche du sucre dans l'urine ; présence normale d'hydrocarbures dans l'urine, par Ernst Luther. (*Berlin.*) — Deux cas d'hématoporphyrine dans l'urine, par Pardington. (*Lancet*, 20 septembre.) — La burette de Mohr, son utilité dans l'analyse des urines, par Picard. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Sur la toxicité de l'urine dans quelques maladies infectieuses, par Bonardi. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.,* XXIX, 3.) — Recherches sur la toxicité urinaire dans l'impaludisme, par Roque et Lemoine. (*Rev. de méd.*, novembre.) — Toxicité urinaire chez la femme enceinte, par Blanc. (*Lyon méd.*, p. 553, 17 août.)

Urticaire. — Urticaire locale, par Guentz. (*Int. Klin. Rundschau*, n° 27.) — Obs. d'urticaire pigmentaire, par Mackey. (*Illust. med. News*, VI, p. 3.)

Utérus. — Utérus biloculaire, col unique, par Chapin. (*N. York med. Journ.*, 27 septembre.) — Utérus biloculaire, par Dunning. (*Journ. of Amer med. Assoc.*, 23 août, p. 282.) — Sur l'anatomie pathologique des trompes de Fallope, par Haultain. (*Cent. f. allg. Path.*, I, 23.) — Les glandes de la trompe de Fallope, par Sutton. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXII, p. 189.) — Les maladies de l'utérus, la stérilité et la fécondation mécanique, par Ciccone. (*Il Morgagni*, août.) — Les indications rationnelles de la thérapeutique intra-utérine, par Currier. (*N.-York med. Journ.*, p. 177, 15 février.) — L'emploi de la curette utérine, par Chase. (*N.-York med. Journ.*, p. 256, 8 mars. — Sur le raclage intra-utérin galvano-chimique, par Apostoli. (*Rev. intern. d'électrothér.*, n° 2.) — Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 août.) — De l'emploi des crayons à la pâte de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites chroniques, par de Grandmaison. (*Gaz. des hôp.*, 9 août.) — De la métrite disséquante, par Garrigues. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXVIII, 3.) — Métrite du corps et du col, par Doléris. (*Bull. Acad. de méd.*, 5 août.) — Sur le diagnostic et le traitement des collections tubaires, hydrosalpinx, pyosalpinx, par Landau. (*Cong. de Berlin, Ann. de gyn.*, septembre.) — Salpingite gonorréique, par Menge. (*Ibid.*) — Endométrite purulente sénile, par Herman. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXII, p. 196.) — Les indications des douches intra-utérines, par Lusk, Welch, etc. (*N.-York med. Records*, p. 596, 24 mai.) — Sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations, par Para. (*Gaz. des hôp.*, 9 octobre.) — Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique, par Cuvillier. (*Thèse de Nancy.*) — Amputation du

col utérin, par W. Goodell. (*Med. News*, 26 juillet, p. 73.) — De la trachélorraphie, par Sænger. (*Samml. Klin. Vorträge*, n° 6.) — Deux cas de perforation de l'utérus par la curette, par Haynes. (*Americ. journ. of obst.*, novembre.) — Déchirure du col de l'utérus, trachélorraphie, par Guibert. (*Gaz. hebd. Montpellier,* 7 juin.) — De la trachélorraphie à lambeaux, par Max Sænger. (*Leipzig.*) — Des résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus, par Bouilly. (*Cong. de Berlin*, *Ann. de gyn.*, août.) — Indications opératoires dans les affections des annexes de l'utérus, par Grandin. (*N.-York med. Journ.*, p. 281, 1er mars.) — Diagnostic et traitement des collections tubaires, par Landau. (*Mercredi méd.*, 17 sept.) — De l'hématosalpinx, par Coulom. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kyste du pavillon de la trompe, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 409.) — Diagnostic de la salpingo-oophorite, par Michnow. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 32.) — Hématosalpingite, suite de cautérisation intra-utérine, par Routier. (*Semaine méd.*, 8 octobre.) — Salpingite suppurée double, péritonite suppurée, mort subite, par Adenot. (*Lyon méd.*, 17 août.) — Un cas de rétroflexion utérine adhésive, guérie par le massage, par Müller. (*Münch. med. Woch.*, n° 18.) — Traitement de l'inversion chronique totale de l'utérus, par Kocks. (*Cent. f. Gynæk.*, 13 septembre.) — Des indications du traitement de la rétroflexion utérine, par Veit. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — Traitement des rétroflexions compliquées et des prolapsus par les opérations ventrales, par Küstner. (*Samml. Klin. Vorträge.*, n° 9.) — Traitement des rétroflexions et versions irréductibles, par les manœuvres recto-abdominales, par Smith. (*Lancet*, 8 novembre.) — Des opérations sanglantes pour le traitement de la rétroflexion utérine, en particulier de l'opération d'Alexander et d'Olshausen, par Bompiani. (*Ann. di ostet.*, août-septembre.) — Étude comparative des différents traitements du prolapsus utérin, par Vaton. (*Broch. Paris.*) — Note sur trois observations d'hystéropexie pour prolapsus utérins, par Audry. (*Progrès médical*, 5 juillet.) — De l'hystéropexie extra-péritonéale, par Assaky. (*Cong. de Berlin, Ann. de gyn.*, août.) — De l'hystéropexie vaginale, par Richelot. (*Bullet. Soc. de chirurgie*, XV, p. 765.) — L'hystéropexie extra-péritonéale pour les déplacements postérieurs de l'utérus, par Crespi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 20.) — Allongement hypertrophique de l'utérus en haut dans la cavité abdominale, produit par un kyste ovarien intraligamenteux, femme de 75 ans, opération, guérison, par Farr. (*Americ. Journ. of obst.*, novembre.) — Traitement de la colpocèle postérieure, par Marx. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — De la fixation vaginale de l'utérus ou ligature vaginale de Schucking, par Zweifel. (*Cent. f. Gynæk.*, 27 septembre.) — La ligature élastique dans le traitement extra-péritonéal du pédicule, par Werder. (*Americ. Assoc. of obst.*, 16 septembre.) — La question de la ligature extra-péritonéale des vaisseaux utérins, par de Gubaroff. (*Cent. f. Chir.*, 1er novembre.) — Traitement des ruptures de l'utérus, par Berry Hart. (*Edinb. med. Journ.*, juillet.) — Un cas de myomectomie pour un énorme fibro-cyste de l'utérus, par Brewis (*Edinburgh med. Journal*, juillet.) — Tumeurs fibreuses du col utérin, par Sinclair et Hetherington. (*Med. Cronicle*, XI, p. 283.) — Fibrome utérin développé dans le ligament large, par Audry. (*Lyon méd.*, p. 340, 6 juillet.) — Des torsions de l'utérus produites par des tumeurs, par Küstner. (*Cent. f. Gynæk.*, 1er novembre.) — Electrolyse pour les myomes, par Cutter. (*Americ. Journ. of obst.*, octobre.) — Mesure des ampères dans le traitement des fibromes utérins par l'électricité, par Ford. (*Americ. gyn. Soc.*, 16 septembre.) — Traitement des fibromes utérins et de l'ovaro-salpingite suppurée par les courants continus, par Gaucher. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 août.) — L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par Richelot. (*Broch.*, *Paris.*) — Traitement d'un fibrome intra-utérin par l'électricité, par Weller. (*Lan-*

cet, 30 août.) — De l'emploi intra-utérin du courant électrique dans les fibromes utérins, par Gautier. (*Münch., med. Woch.,* n° 22.) — La Motte-les-Bains et les corps fibreux de l'utérus, par Gubian. (*Lyon méd.*, 12 octobre.) — Ligature, sans extirpation, des appendices pour des hémorragies graves dues à des myômes utérins, par Beverley. (*Brit. med. Journ.,* 1er novembre.) — Du traitement chirurgical des myômes utérins, par Rydygier. (*Wiener Klin. Woch.*, n° 10.) — Myomotomie pour fibrome utérin volumineux avec conservation des annexes, par Krœnlein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 438, 12 mai.) — Du traitement chirurgical des myomes utérins, par Schweitzer. (In-8°, *Tubingue.*) — Des opérations de myome, par Martin. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — La castration pour corps fibreux, par S. Pozzi. (*Médecine moderne*, 26 juin.) — Le traitement chirurgical des myômes utérins, par Lawson Tait. (*Brit. med. journ.,* 1er novembre.) — Myomes utérins et hystérectomie sus-vaginale, par Montgomery. (*Journ. Americ. med. Assoc.* 25 octobre.) — Laparomyomotomie, par F. Merkel. (*Münch. med. Woch.*, n° 16.) — De la myomotomie, par Boisleux. (*Cong. de Berlin; Ann. de gyn.,* août.) — Étiologie des myômes utérins, par Engstrœm. (*Ibid.*, septembre.) — Sur les opérations des myomes, par Feitach. (*Ibid.*) — Etude des laparomyomectomies, par Pinzani. (*Bull. d. sc. med., Bologne*, série VII, vol. I.) — Fibrome utérin de 19 kilogrammes inclus dans le ligament large. Décortication très étendue. Pédicule rentré dans l'abdomen, guérison, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 35.) — De la myomotomie, par Boisleux. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 août.) — Sur les opérations de Lawson Tait, par Bergesio. (*Giorn. Accad. di med., Torino,* juin.) — Ablation d'un fibrome intra-utérin par la section césarienne suivie de suture immédiate de l'utérus; guérison, par Bouilly. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 339.) — Un cas d'hystérectomie abdominale pour fibromyome interstitiel, par Marino. (*Bull. della Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, décembre 1889.) — Un cas d'hystéro-ovario-salpingectomie pour fibromes interstitiels suivie de mort par hématémèse, par Crespi. (*Bull. della Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, décembre 1889.) — Hystérectomie vaginale pour corps fibreux, par Martel. (*Gaz. méd., Paris*, 13 septembre.) — Amputation sus-vaginale de l'utérus pour fibromyome sous-muqueux, traitement extra-péritonéal du pédicule, guérison, par Ciuti. (*Sperimentale*, septembre.) — Laparotomie pour fibrome utérin causant une rétention d'urine, par Roux. (*Revue médic., Suisse romande,* X, 437, juin.) — — Hystérectomie pour les myomes utérins, par Irish. (*Boston med. Journ.*, 25 septembre.) — Endométrite interstitielle particulière ou dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine, par Abel et Landau. (*Cent. f. Gynæk.,* 20 septembre.) — Du sarcome de l'utérus, par Dressler (In-8°, *Tubingue.*) — Sarcome de la muqueuse intra-utérine et diagnostic, par Hofmeier. (*Cent. f. Gynæk.,* 11 octobre.) — Sarcome primitif du col utérin, par Kleinschmidt. (*Arch. f. Gynæk.,* XXXIX, 1.) — Sur la véritable interprétation des altérations de la muqueuse utérine dans le carcinome de la portion vaginale du col et dans les myofibromes, par E. Curatello. (*Riforma medica,* 23 mai.) — Cancer de l'utérus. Propagation à l'ovaire. Kyste secondaire à marche rapide, par Mangin. (*Marseille méd.,* n° 7, p. 475.) — Du cancer utérin dans l'état puerpéral, par Chambrelent. (*Gaz. méd., Toulouse*, 20 septembre.) — Diagnostic des sarcomes de la muqueuse du corps de l'utérus, par Keller. (*Zeit. f. Geburts.,* XX, 1.) — Diagnostic microscopique du cancer utérin, par Landau. (*Cent. f. Gyn.*, 20 septembre.) — Du cancer de l'utérus, par Hilgenstock. (In-8°, *Iéna.*) — Récidive de cancroïde après huit ans, par Frænkel. (*Cent. f. Gynæk.*, 8 novembre.) — Cancer du col utérin, grossesse de trois mois et demi, placenta prævia, hystérectomie vaginale, guérison, par Almira Smith.

(*Americ. Journ. of obst.*, septembre.) — Des dangers de l'application des bâtons de chlorure de zinc dans les cas de cancer utérin, par Ricard. (*Gaz. des hôp.*, 11 novembre.) — Le traitement du cancer utérin, par Kelly. (*Glasgow med. Journ.*, juillet.) — De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale, par Frænkel. (*Thèse de Paris*, 30 octobre.) — Indications de l'hystérectomie vaginale, par Schauta. (*Münch. med. Woch.*, n° 33.) — Des indications de l'extirpation totale par le vagin, par Schauta. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 1.) — Indications de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer, par Williams. (*Cong. de Berlin; Ann. de gyn.*, août.) — Sur quelques points relatifs à la technique de l'hystérectomie vaginale, par Pozzi. (*Ibid.*) — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale par morcellement, par Péan. (*Ibid.*) — Hystérectomie vaginale totale pour un cancer du col, vastes lésions du corps, par Audry. (*Lyon méd.*, 9 novembre.) — Fixation vaginale du moignon après l'hystérectomie, par Byford; idem, par Kelly. (*Americ. gyn. Soc.*, 10 octobre.) — De l'hystérectomie supra-vaginale, par Howard Kelly. (*Med. News*, p. 695, 28 juillet.) — Extirpation d'un cancer du col utérin, par Ellsworth Hewitt. (*International Journ. of surgery*, p. 102, mai.) — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, par Williams. (*Lancet*, 23 août.) — Quatre cas d'hystérectomie vaginale, par Cullingworth. (*Trans. obst. Soc., London*, XXXII, p. 141.) — Hystérectomie sus-vaginale, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 351.) — Discussion sur l'hystérectomie vaginale, 11 cas, 1 mort. (*Americ. Assoc. of obst.*, 16 septembre.) — Fixation vaginale du moignon dans l'hystérectomie abdominale, par Byford. (*Americ. gyn. Soc.*, 16 septembre.) — Hystérectomie vaginale pour cancer, guérison, par Binkley. (*Med. News*, p. 214, 30 août.) — Extirpation totale vaginale de l'utérus, par Gilliam. (*N.-York med. Journ.*, 4 octobre.) — De l'extirpation totale vaginale de l'utérus cancéreux, par Axmann. (In-8°, *Rudolstadt.*) — Trois cas d'hystérectomie abdominale, par Crespi. (*Bull. della Società Lanciziana degli ospedali di Roma*, décembre 1889.)

V

Vaccin. — Le service de la vaccination devant le conseil général des Vosges, par Lardier. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Des revaccinations dans les écoles communales du VIIe arrondissement pendant l'année 1889, par Toledano. (*France méd.*, 21 février.) — La vaccine obligatoire au point de vue de la défense nationale, par Hervieux. (*Bull. Acad. de méd.*, 30 septembre.) — Discussion sur la rétrovaccine, par G. Behrend et Pissin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 455, 19 mai.) — Transmission de la vaccine de l'enfant à la mère, par Wolf. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Emploi de la plume mécanique individuelle dans l'opération de la vaccine, par Mareschal. (*Bull. Soc. méd. d'Angers*, p. 50, 1er semestre.) — Note sur l'emploi du vaccinostyle individuel, par Mareschal. (*Rev. d'hyg.*, XII, 492, juin.) — Exanthème vaccinal, par Morris. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XI, 7.) — Un cas de syphilis vaccinale, par Perrin. (*Ann. de dermat.*, I, n°s 8 et 9.)

Vagin. — Des déchirures du vagin, par Teuffel. (*Centr. für Gyn.*, 23 août.) — Du traitement opératoire des thrombus vaginaux, par Vincent. (*Lyon*

méd., 9 novembre.) — Un cas d'absence du vagin, par Jacquemard. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — De l'atrésie vaginale, par Hubergritz. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 30 juillet.) — Un cas de vaginisme, par Baas. (*Cent. f. Gyn.*, 11 octobre.) — De la colporraphie antérieure double, par Rossier. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXVIII, 3.)

Varicelle. — Du stade d'incubation de la varicelle, par Aranyi. (*Gyogyaszat*, n° 30.) — Un cas de varicelle prurigo, par Goldenberg. (*N. York med. Journ.*, 18 octobre.)

Variole. — La question de l'identité de la variole et de la varicelle, par Hochsinger. (*Cent. f. klin. Med.*, 4 octobre.) — Considérations historiques et critiques sur la variole et la vaccine, par Verardini. (*Bull. d. sc. med.*, juillet.) — Relation d'une épidémie de variole observée à Salles-d'Aude, par Marty. (*Montpellier méd.*, 1er septembre.) — Variole hémorragique d'emblée après une vaccination réussie de date récente, par Lévy. (*Bull. méd. de l'Algérie*, avril.)

Veine. — Des lésions veineuses chez les artério-scléreux, par Spillmann. (*Gaz. hebd. de méd.*, 11 octobre.) — Idem, par Thiébaut. (*Thèse de Nancy.*) — Thrombose des veines mésaraiques, par Pilliet. (*Progrès médical*, 21 juin.) — Deux cas de phlegmatia alba dolens, par Clendenin. (*Americ. Journ. of obst.*, novembre.) — Phlegmatia alba dolens, thrombose cachectique, par Aviragnet. (*Bull. méd.*, 9 novembre.) — Phlébite variqueuse; phlébites multiples; purpura, embolie pulmonaire; endopéricardite infectieuse probable; guérison, par Handjian. (*France méd.*, 13 juin.) — De la cure radicale des varices, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er août.) — Ligatures de la veine fémorale, par Kammerer. (*N. York med. Jour.*, p. 507, 10 mai.)

Venin. — Syncopes prolongées suite de piqûres d'abeilles chez un homme, par Perrin fils. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 431, juin.)

Verrue. — Des verrues séborréiques, par Pollitzer. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, n° 4.)

Vessie. — Cystites et pyélites diathésiques, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Gravelle siliceuse chez un médecin, par Emil Pfeiffer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 522, 9 juin.) — Les affections obscures de la vessie et leur diagnostic par la cystoscope, par Clarke. (*Brit. med. Journ.*, 18 octobre.) — L'influence de l'éclairage électrique de la vessie sur les connaissances et le traitement des maladies des voies urinaires, par Fenwick. (*Brit. med. Journ.*, 18 octobre.) — Observation de cystite traitée par le salol, par Abbot. (*Boston med. Journ.*, 17 juillet.) — De l'influence du traitement des cystites sur les pyélonéphrites, par Guyon. (*Semaine méd.*, 3 septembre.) — Traitement du catarrhe vésical, par Bœgehold. (*Therap. Monats.*, juin.) — Lavage de la vessie chez l'homme sans cathétérisme, par Rotter. (*Münch. med. Woch.*, 20 mai.) — Traitement de la cystite chez la femme, par More Madden. (*Cong. de Berlin; Ann. de gyn.*, août.) — Cystalgies symptomatiques de lésions rénales et pyonéphroses consécutives à des lésions vésicales, influence du traitement de la vessie sur les uretéropyélites, par Guyon. (*Ann. de gynéc.*, août.) — Sur la stérilisation des seringues à lavages vésicaux, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — L'emploi de l'air dans l'application de l'endoscope, par Heuel. (*N. York med. Journ.*, p. 204, 22 février.) — Aspirateur vésical de Wickham. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 343.) —

Calculs multiples de la vessie et pyélo-néphrite suppurée; taille hypogastrique, par Boulanger. (*La Clinique franç.*, n° 2.) — Crayon introduit dans la vessie; fistule vésico-vaginale avec calcul; fistule vésico-intestinale, par Pamard. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 294.) — De la litholapaxie, observation d'après 50 cas, par Chismore. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Les gros calculs encapsulés peuvent-ils être lithotritiés, par Rörig. (*Therap. Monats.*, avril.) — Deux cas de lithotritie chez la femme, par Dubuc. (*Union méd*, 7 août.) — Extraction de cinq fragments de sonde de la vessie, par Rörig. (*Therap. Monats.*, août.) — Analyse de 5 cas de lithotritie précédée de quelques considérations sur les progrès réalisés par la lithotritie moderne, par Pousson. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 24 août.) — Étude sur la cystocèle inguinale rencontrée pendant l'opération de la kélotomie, par Thiriar. (*Gaz. hebd. de méd.*, 30 août.) — Étude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale, par Jaubert (*Thèse de Bordeaux.*) — Série de cas de lithotomie sus-pubienne avec suture immédiate de la vessie (10 cas), drainage (8 cas), et prostatectomie (4 cas), par Mayo Robson. (*Brit. med. Journ.*, p. 841, octobre.) — Deux observations de calculs vésicaux volumineux ayant pour noyaux des épingles à cheveux, par Desnos. (*Union méd.*, 21 juin.) — Uretéro-lithotomie pour calcul, guérison, par Cabot. (*Boston med. Journ.*, 11 septembre.) — Parallèle entre la cystotomie périnéale et sus-pubienne, par Vander Veer. (*Albany med. Annals*, p. 145, juillet.) — Taille pararaphéale, par Chavernac. (*Marseille méd.*, n° 8.) — Taille hypogastrique chez un enfant. Lithotritie chez un vieillard, par Hache. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Taille vaginale, par Reyburn. (*Med. News*, 25 octobre.) — Cancer de la vessie, par Pilz. (*Wiener klin. Woch.*, n° 23.) — Du sarcome de la vessie, par Hinterstoisser. (*Wien. klin. Woch.*, n° 16.) — De la taille hypogastrique dans les tumeurs vésicales, par Guyon. (*France méd.*, 31 janvier.) — Moyens de faciliter l'extirpation des tumeurs intra-vésicales dans la taille sus-pubienne, par Watson. (*Lancet*, 18 octobre.) — Traitement chirurgical des tumeurs de la vessie, par Conner. (*Annals of surg.*, II, 1.) — Deux cas de rupture de la vessie, par Rose. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 3 et 4.) — De la suture vésicale, par Delefosse. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Sur la cystopexie, par Tuffier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 421, et *Journ. de méd., Paris*, 21 septembre.)

Vin. — Sur un procédé de dosage de l'acidité totale des vins, par Durieu. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.)

Vision. — Épreuves pour la vision binoculaire, par Lippincott. (*N. York med. Journ.*, 27 septembre.) — Sur les mouvements des yeux consécutifs à l'excitation de la sphère visuelle, par Alex. Obregia. (*Arch. für Phys.*, p. 260.) — Les images consécutives dans la vision binoculaire. Phénomènes de coloration binoculaire, par H. Ebbinghaus. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XLVI, p. 498.) — Contribution à la théorie du sens des couleurs dans la vision indirecte, par A. Fick. (*Ibid.*, XLVII, p. 274.) — Le périmicroscope binoculaire, par Aubert. (*Ibid.*, XLVII, p. 341.) — Des perceptions visuelles pseudentoptiques, par Laqueur. (*Arch. f. Ophthalm.*, XXXVI, 1.) — Théorie nouvelle sur les troubles de la vision des couleurs, par Sommerville Oliver. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — Condition du développement parfait de la vision, par Martin. (*Arch. de phys.*, n° 4.)

Vomissement. — Vomissements fécaloïdes dans un cancer du pylore, par Schreiber. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 523, 9 juin.) — Un cas de rejet de larves de mouche par les vomissements, par E. Hildebrandt. (*Berlin.*

klin. Woch., p. 434, 12 mai.) — Deux cas de vomissements graves de la grossesse (étude de l'urine), par ROBERT KIRK. (*Glasgow med. Journ.*, juillet.)

X

Xérodermie. — De la dermatose de Kaposi, xeroderma pigmentorum, par ARCHAMBAULT. (*Thèse de Bordeaux.*)

Z

Zona. — Herpès de la bouche et des gencives, par HUGENSCHMIDT. (*Med. News*, p. 676, 21 juin.) — Distribution anormale de l'herpès zoster, par BUCHANAN. (*Indian med. Gaz.*, XXIV, p. 305.) — Herpès zoster récidivant, par HARTZELL. (*Americ. of the med. sc.*, p. 373, avril.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Eléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés, livre Ier. Embryogénie, par A. PRENANT (*Un vol. in-8°, Paris*, 1891).

Parmi les questions qui méritent d'attirer l'attention et de solliciter les efforts de tous ceux qui s'intéressent aux progrès des sciences biologiques se placent sans contredit au premier rang celles que soulève et que cherche à résoudre l'étude du développement des êtres vivants, l'embryogénie en un mot. Aussi l'apparition d'un livre qui expose l'état actuel de cette science doit-elle être accueillie avec faveur, d'autant plus, et cette considération a bien son importance, que jusqu'alors nous ne possédions en France, en fait de traité didactique, que des traductions. Encore ces traductions sont-elles déjà relativement anciennes. L'embryologie est une science en voie de formation, et ses acquisitions sont pour ainsi dire journalières. Innombrables et souvent disparates sont les matériaux qu'accumulent sans cesse des travailleurs de tous les pays ; la théorie de demain renverse celle d'aujourd'hui, mais les faits restent. C'est avec ces documents que l'auteur s'est proposé d'édifier, autant que cela était possible, une histoire suivie du développement des vertébrés. Il y avait quelque hardiesse à entreprendre, à la suite de Kölliker, Balfour, O. Hertwig, une tâche aussi ardue, et l'on pouvait craindre qu'une pareille tentative n'aboutisse à une œuvre de compilation pure. Hâtons-nous de dire que l'auteur a évité parfaitement cet écueil et qu'il a su être original sur bien des questions. L'exposé des faits ne prêtait naturellement que peu à la nouveauté; il est en tout cas scrupuleusement exact et conforme aux données des mémoires mis en œuvre, ce qui n'est pas le cas de bien des livres ; de plus, il est complet et tient compte de tous les travaux, quelle que soit leur importance, de tous les faits, car aucun n'est négligeable. A. Prenant n'a pas voulu se restreindre, et il a bien fait, ni plier l'embryologie aux exigences de

telle ou telle catégorie de travailleurs; il a tracé un tableau du développement des vertébrés; à chacun d'y trouver ce dont il a besoin. Il en résulte que certains lecteurs croiront y apercevoir des endroits obscurs, mais cela tiendra à ce qu'ils sont mal préparés ou que, par son essence même, le sujet était particulièrement difficile, l'auteur ne saurait en être responsable. Son œuvre n'est pas une production hâtive, fabriquée pour les besoins du commerce, en vue d'une vulgarisation banale. C'est une œuvre mûrie qui enrichit dignement la littérature scientifique française. A. NICOLAS.

De quelques particularités de la dure-mère, par TROLARD (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *juillet* 1890).

1° *De la faux du cerveau considérée comme ligament suspenseur de l'encéphale.* — En tenant compte du chevelu des prolongements que la pie-mère envoie dans les hémisphères cérébraux, on comprend que cette membrane doit servir d'intermédiaire à la dure-mère pour suspendre le cerveau, si toutefois elle est solidement attachée d'autre part à la dure-mère. Or ces attaches sont nombreuses et diverses. C'est d'abord, tout le long du bord supérieur de l'hémisphère, une adhérence établie par les veines et les lacs sanguins, et, dans l'intervalle des veines, par les corpuscules de Pacchioni; ceux-ci, après avoir pris racine sur la pie-mère, l'entraînent dans leur développement vers la dure-mère, s'insinuent à travers les mailles des nombreuses travées fibreuses de l'angle latéral du sinus longitudinal supérieur, et, après pénétration, se renflent en massue à leur partie libre, constituant ainsi une série de *rivets* qu'on ne peut plus que difficilement sortir de leurs loges, ou, pour mieux dire, du col fibreux qui les enserre. C'est ensuite, pour la face interne de l'hémisphère, une ouverture qui se trouve dans la faux du cerveau à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs et au niveau de laquelle l'adhésion a lieu par le même mécanisme que ci-dessus, c'est-à-dire par des granulations sous-arachnoïdales, qui s'enfoncent dans les mailles du grillage de la fenêtre, remplissant ici encore l'office de rivets. Enfin du bord inférieur de la faux partent un grand nombre de filaments fibreux qui vont se perdre et se fixer en bas sur la pie-mère.

2° *Du prolongement nasal de la dure-mère.* — Parmi les orifices de la lame criblée de l'ethmoïde, les trois quarts ne donnent pas passage à des filets du nerf olfactif, mais uniquement à des prolongements de la dure-mère, lesquels, se réunissant entre eux au-dessous de la lame criblée, se joignent aux gaines fibreuses des nerfs olfactifs pour former une membrane épaisse qui va se continuer de la façon la plus manifeste avec la pituitaire.

3° *Tentes des lobes olfactifs.* — La dure-mère qui tapisse l'apophyse crista-galli, c'est-à-dire l'extrémité antérieure de la faux du cerveau, émet une expansion qui, sous la forme d'un feuillet transversal, se rend au bord externe de la fosse olfactive, formant ainsi la voûte d'une petite cavité, dont le plancher est la lame criblée et qui loge la partie la plus antérieure du lobe olfactif. Cette petite tente des lobes olfactifs est constante, avec un développement plus ou moins considérable.

Ce mémoire se termine par quelques indications relatives à l'insertion de la faux du cerveau dans le trou borgne (il n'existe que très rarement une veine du trou borgne), au prolongement labyrinthique de la dure-mère, et enfin à un cas de dure-mère double (sur toute l'étendue de la convexité cérébrale il existait deux feuillets de dure-mère parfaitement isolés).

M. DUVAL.

De l'appareil veineux des artères encéphaliques, par TROLARD (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1890).

Les artères qui se rendent à l'encéphale baignent dans le sang veineux. Telle est la loi générale que l'auteur indiquait dès 1868, et qu'il confirme aujourd'hui par une étude de détail. — 1° Pour le sinus caverneux, la disposition de l'artère dans l'espace veineux est bien connue par les descriptions classiques, et l'auteur y ajoute seulement quelques détails complémentaires relatifs principalement à un prolongement du sinus caverneux dans le canal carotidien, prolongement formé d'espaces veineux aréolaires, irrégulièrement disposés, communiquant les uns aux autres, et qui, ne dépassant pas la limite externe de la portion horizontale de la carotide, se terminent par deux ou trois petites veinules allant rejoindre les méningées. Les deux sinus caverneux sont unis par le sinus coronaire, dont la description est donnée par les auteurs de manières si diverses, parce que, en effet, ses dispositions sont très variables et peuvent se résumer en ceci : entre les deux sinus caverneux est un système veineux lacunaire, tranversalement étendu, dont la portion principale est située sous l'hypophyse, et qui, très variable comme volume, remonte le plus souvent soit au devant, soit en arrière du corps pituitaire. Dans ce cas, il y a deux canaux superficiels qui ont été décrits sous le nom de sinus circulaire ; mais ils ne sont en réalité qu'une dépendance du sinus sous-pituitaire. — 2° Dans le canal des apophyses transverses, l'artère vertébrale est accompagnée de la veine de même nom, laquelle affecte les caractères d'un véritable sinus à cavité béante, enveloppant les deux tiers de la surface de l'artère. Au niveau des espaces intertransversaires et au niveau de l'espace atloïdo-occipital, l'artère baigne entièrement dans le sang veineux. — 3° Les veines méningées présentent, par rapport à l'artère méningée, une disposition analogue à celle de la veine vertébrale et du sinus caverneux par rapport aux artères correspondantes. Les deux parois veineuses sont adossées, et, par places, la cloison disparaît, de sorte qu'il y a alors une seule cavité veineuse. Même avant de pénétrer dans le crâne, l'artère méningée baigne dans le sang veineux ; elle occupe en effet la partie postérieure de la citerne ptérygoïdienne, c'est-à-dire de la cavité veineuse aréolaire, d'aspect plexiforme, étendue d'avant en arrière de la base de l'aile externe ptérygoïdienne jusqu'à l'épine du sphénoïde.

Ces dispositions ont une grande importance au point de vue de la physiologie de la circulation. Partout où artère et veines satellites sont contiguës, l'expansion artérielle a une grande influence sur la progression du sang noir ; ici cette influence est d'autant plus grande que l'artère est placée au milieu du liquide à mouvoir, et que les parois de l'espace veineux sont inextensibles. Mais le mécanisme de ces parties est plus

intéressant encore dans le cas d'effort prolongé, et les réactions des parties les unes sur les autres deviennent alors de sens inverse que dans le cas précédent, le sang veineux agissant alors sur l'artère pour y modérer l'afflux. En effet, dans l'effort prolongé, le sang veineux ne pouvant affluer au cœur, les sinus caverneux vertébraux et méningés sont remplis de sang à une tension croissante ; le liquide ainsi soumis à une forte pression n'a pas d'action sur les parois résistantes des sinus, mais il réagit sur les parois artérielles dépressibles, les comprime et tend à effacer le calibre du vaisseau. De cette façon se trouve sensiblement diminué le débit artériel, et par suite est conjuré le danger auquel serait exposée la pulpe cérébrale si elle continuait à recevoir le sang artériel en même quantité alors qu'est arrêté l'écoulement du sang veineux. M. DUVAL.

Zur feineren Anatomie des centralen Nervensystems. Erster Beitrag. Das Kleinhirn (Sur l'anatomie fine du système nerveux central. 1er mémoire : le cervelet), par A. KŒLLIKER (*Zeitschrift f. wiss. Zool. Band XLIX, p.* 662-687, 1890).

Les principales conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La couche granuleuse de l'écorce cérébelleuse renferme, outre de rares cellules névrogliques, une grande quantité d'éléments nerveux multipolaires distingués en petits et gros. Les petits possèdent de courts prolongements protoplasmiques dont l'extrémité se résout en petites houppes, et un prolongement nerveux très fin qui se dirige verticalement en dehors, atteint la couche moléculaire et là se partage en deux branches délicates qui s'orientent horizontalement et dont la terminaison reste indéterminée. Ces fibrilles horizontales sont réparties dans toute l'épaisseur de la zone moléculaire et forment une couche compacte. Les gros éléments de la couche granuleuse sont en général isolés et plus rares que les précédents. Leurs prolongements protoplasmiques nombreux et ramifiés peuvent pénétrer profondément dans la couche moléculaire ou dans la moelle sous-corticale. Leur prolongement nerveux se ramifie dans un petit espace et ne paraît pas dépasser la couche granuleuse.

2° Les prolongements protoplasmiques des cellules de Purkinje ne s'anastomosent pas entre eux et se terminent par des extrémités libres. Leur prolongement nerveux abandonne un petit nombre de fibrilles latérales dont une partie rétrograde dans la couche moléculaire.

3° Les petites cellules de la couche moléculaire se distinguent en cellules externes petites, à prolongements protoplasmiques richement ramifiés, et à prolongement nerveux dont les connexions ne sont pas connues, et en cellules internes ou cellules à paniers (Korbzellen). Le prolongement nerveux de celles-ci court suivant l'axe transversal des circonvolutions et émet de place en place des ramifications qui se dirigent en dedans et se résolvent chacune en une sorte de panier qui enserre le corps des cellules de Purkinje.

4° Les fibres à myéline du cervelet chez l'adulte ne montrent de divisions que dans la couche moléculaire. Elles s'agencent dans la couche granuleuse en un lacis épais à faisceaux décrivant des arcades au-dessous des cellules de Purkinje. De là, elles s'insinuent verticalement ou longi-

tudinalement dans la couche moléculaire, forment dans son tiers interne une couche serrée, mais on n'en rencontre plus dans son tiers externe. Aucune de ces formations fibrillaires ne présente d'anastomoses, et rien ne permet de penser à l'existence d'un réseau nerveux dans la substance grise. A. NICOLAS.

Sur l'origine et les ramifications des fibres nerveuses de la moelle embryonnaire, par RAMON Y CAJAL (*Anatomischer Anzeiger, tome V*, 1890).

Ce travail est un résumé de mémoires plus développés et publiés en langue espagnole. Les importants résultats qui y sont consignés ont été obtenus par une méthode qui n'est qu'une variante de la méthode primitive de Golgi et qui consiste dans le durcissement rapide, 20 à 30 heures, des pièces au moyen d'un mélange de bichromate de potasse et d'acide osmique (Bich. à 3 0/0, 20 parties; acide osm. à 1 0/0,5 parties), suivi de leur immersion dans la solution de nitrate d'argent. Les faits exposés concernent : 1° les fibres de la substance blanche ; 2° l'origine des racines postérieures; 3° la disposition des cellules nerveuses ; 4° les éléments épithéliaux et l'origine de la névroglie.

1° Les cylindres d'axe des cordons de la moelle fournissent pendant leur trajet un grand nombre de fines fibrilles collatérales qui naissent à angle droit, convergent vers l'épendyme et se terminent entre les cellules des cornes antérieures et postérieures par une arborisation libre. Le plexus nerveux décrit habituellement dans la substance grise n'existe pas, chaque fibrille gardant toujours son indépendance. La disposition des fibrilles collatérales varie d'ailleurs suivant les diverses régions de la moelle. Il va sans dire enfin qu'elles s'entourent de myéline à une certaine époque, sauf au niveau des arborisations terminales.

2° Les fibres des racines antérieures proviennent, ainsi que cela est communément admis, des cellules du groupe antéro-latéral de la corne antérieure, mais elles n'émettent jamais de fibrilles collatérales, et en cela diffèrent des fibres des racines postérieures. Celles-ci émanent des cellules du ganglion spinal correspondant, pénètrent dans la moelle et, arrivées dans la région du cordon de Goll, se divisent en Y, c'est-à-dire en deux branches terminales, l'une ascendante, l'autre descendante. La fibre radiculaire et ses deux branches de bifurcation donnent de nombreuses fibrilles collatérales qui se terminent chacune par une arborisation libre entre les cellules des cornes postérieures et même des cornes antérieures.

3° Par la manière d'être de leur cylindre-axe les cellules nerveuses peuvent se distinguer en : *a*) *cellules commissurales*, dont le cylindre-axe se rend à la commissure antérieure. Ces cellules sont distribuées dans toute l'étendue de la substance grise ; *b*) *cellules des cordons*. Elles sont placées sans ordre dans toute la substance grise ; leur cylindre-axe se continue, après un cours variable, avec une fibre des cordons du même côté, soit bout à bout, soit par un branchement en T, soit enfin, après s'être bifurqué, avec plusieurs fibres de cordon. *c*) *cellules radiculaires*, représentées uniquement par les éléments du groupe externe de la corne antérieure ; *d*) *cellules de cylindre arborisé*. Dans ces cellules le cylindre-axe, au lieu de garder son individualité comme dans les trois

précédents, la perd rapidement à force de se ramifier. On les observe dans la substance de Rolando ou dans son voisinage. Elles affectent des dispositions variées qui ne paraissent pas très bien élucidées.

4° La névroglie comprend l'épithélium épendymaire ou cellules radiales et les corpuscules araignés ou cellules névrogliques. Les cellules épendymaires, ainsi que l'ont bien montré Golgi et Magini, confinent par leur extrémité interne au canal central et se prolongent, par une longue fibre radiale, jusqu'à la périphérie de la moelle ; seulement elles ne sont pas toutes égales ni de forme ni de longueur, suivant les régions et aussi suivant l'époque de leur développement. Les cellules-araignées ne sont reconnaissables qu'au neuvième ou dixième jour ; elles ne sont pas autre chose que des éléments épendymaires disloqués et profondément transformés ; elles ne s'anastomosent jamais pour former un réseau.

A. NICOLAS.

Zur feineren Anatomie des centralen Nervensystems. Zweiter Beitrag : Das Rückenmark (Sur l'anatomie fine du système nerveux central. 2e mémoire : La moelle épinière), par A. KŒLLIKER (*Zeitschrift f. wiss. Zoologie, Band LI, p.* 1-50, 6 *pl.* ; 1890).

Ce mémoire comprend deux parties, une partie histologique et une partie physiologique. C'est la première seule que nous analyserons. Après avoir exposé les découvertes de Golgi et de Ramon y Cajal, Kölliker rend compte des faits qu'il a observés lui-même en appliquant la même méthode que Ramon (durcissement rapide dans Bich. + ac. osm. suivi de l'immersion dans une solution de nitrate d'argent) à l'étude de la moelle d'embryons, de nouveau-nés ou d'animaux jeunes.

Les racines sensibles se divisent à leur entrée dans la moelle en une branche ascendante et une branche descendante qui se logent dans les cordons postérieurs et à la surface de la substance gélatineuse dans la zone marginale. Le trajet longitudinal de ces fibres peut être observé sur une grande longueur (4 à 6 centimètres), mais il est certain qu'un grand nombre se recourbent pour se terminer par des ramifications libres dans la substance grise. Toutes fournissent de fines collatérales (Ramon) qui s'enfoncent dans la substance grise pour s'y terminer, et sont particulièrement abondantes à la limite centrale de la substance gélatineuse ainsi que dans la colonne de Clarke. Aucune fibre radiculaire dorsale n'est continue avec une cellule de la substance grise médullaire.

Les cordons antérieurs et les cordons latéraux sont formés en partie de prolongements nerveux émanés de cellules de cordons de toutes les régions de la substance grise, et qui émettent souvent dans leur trajet un nombre plus ou moins considérable de collatérales, lesquelles se terminent librement dans la substance grise (L'auteur n'a jamais vu, contrairement à Ramon, de cellules envoyer leur prolongement nerveux aux cordons postérieurs). La fibrille principale arrivée dans le cordon, ou bien se recourbe pour devenir longitudinale, ou bien se divise en T. La plupart des fibres de ces cordons, peut-être toutes, émettent comme celles des cordons postérieurs des collatérales qui se rendent dans la substance grise, surtout de la corne antérieure et de la partie antérieure

de la corne postérieure. Un certain nombre de fibres de cordons se recourbent à angle droit pour s'enfoncer et se terminer librement dans la substance grise. Le mode de terminaison des collatérales, des branches latérales, des prolongements nerveux et des fibres du genre de celles qui sont signalées dans la phrase précédente, est partout le même. Après s'être divisée en un certain nombre de fibrilles, chaque fibre donne naissance finalement à de délicates arborisations qui ne s'anastomosent pas et entourent les cellules nerveuses sans s'unir à elles.

La commissure antérieure est constituée : 1° par les prolongements nerveux des cellules réparties dans toutes les régions d'un même plan de la substance grise. Ces prolongements, après s'être entre-croisés, deviennent fibres longitudinales de cordon antérieur et de cordon antéro-latéral ; 2° par des collatérales entre-croisées fournies par des fibres du cordon antérieur et du cordon latéral ; 3° par des prolongements protoplasmiques croisés issus d'un partie des cellules du groupe interne de la corne antérieure.

La commissure postérieure comprend : 1° des collatérales croisées de fibres radiculaires sensibles ; 2° probablement des collatérales croisées de fibres de la partie postérieure du cordon latéral ; 3° peut-être aussi, mais le fait est douteux, des prolongements nerveux de cellules placées sur les côtés du canal central et dans la substance gélatineuse, ainsi que des prolongements protoplasmiques de cellules des cornes postérieures.

Les cellules nerveuses peuvent être classées en : 1° cellules motrices ; 2° cellules de cordons ; 3° cellules dont le prolongement ne sort pas de la substance grise et s'y ramifie (corne postérieure). Les prolongements protoplasmiques de ces diverses cellules ne fournissent pas de fibre nerveuse et ne s'anastomosent pas ; ils pénètrent souvent jusque dans la substance blanche. Les cellules névrogliques dérivent de la plaque médullaire. Elles sont primitives (épithélium du canal central) ou secondaires, c'est-à-dire formées tardivement sur place aux dépens d'éléments de la plaque médullaire. A. NICOLAS.

Histogenese und Zusammenhang der Nervenelemente (Histogenèse et connexions des éléments nerveux), par W. HIS (*Archiv f. Anat. und Physiol. Anat. Abt. Suppl. Band*, 1890).

La plaque nerveuse, lors de sa différenciation, est constituée par une seule couche de cellules épithéliales de forme cylindrique ou cylindro-conique. Bientôt le protoplasma de ces éléments s'organise en un enchylème transparent, mucoïde et en un système de travées granuleuses ou striées qui s'agencent surtout à la périphérie du corps cellulaire, entourant ainsi comme d'un panier la masse fluide. A ce stade les éléments de la plaque nerveuse ressemblent beaucoup à des cellules muqueuses. Les transformations ultérieures conduisent à la formation du myélosponge souvent décrit déjà par His. Une vue nouvelle et d'un intérêt capital est que les mailles de la zone externe réticulée désignée par His sous le nom de voile ou couche marginale (Randschleier), ont la valeur non pas d'espaces intercellulaires mais bien de lacunes intracelilulaires. His montre que les phénomènes dont est le siège jusqu'alors la plaque

médullaire, sont au fond les mêmes que ceux qui se manifestent dans le revêtement ectoblastique.

Dans le myélosponge apparaissent les cellules germinatives (Keimzelle) réparties en plus ou moins grand nombre entre les pieds internes des spongioblastes. Ces cellules se divisent activement et fournissent les neuroblastes, lesquels émettent, chacun à l'un de leurs pôles, un prolongement qui n'est autre que le futur cylindre d'axe. Ces neuroblastes sont susceptibles de changer de place, et ils s'agencent suivant la place qui leur est réservée par les mailles du myélosponge. Ainsi s'explique le mode de formation de la couche superficielle (Mantelschicht) des fibres arquées et des racines antérieures.

A ces divers éléments se surajoutent ensuite des vaisseaux et, à une certaine période (chez l'embryon humain à la fin du deuxième mois), des cellules d'origine conjonctive. Celles-ci contribuent avec le myélosponge originel à la formation de la névroglie.

Les neuroblastes de la plaque médullaire ne fournissent que des fibres cylindre-axiles intramédullaires et radiculaires-motrices. Les racines sensibles proviennent des cellules des ganglions spinaux et pénètrent secondairement dans les centres nerveux ; ces cellules sont, dès le début, bipolaires et dérivent de neuroblastes issus eux-mêmes de cellules germinatives qui prennent naissance dans un territoire ectoblastique compris entre la ligne de soudure des deux lèvres du sillon médullaire et un bourrelet ectodermique situé un peu en dehors de cette ligne.

Les éléments jeunes des ganglions spinaux sont susceptibles de se déplacer, et ce sont certains d'entre eux qui, émigrant dans le cordon du sympathique, s'y amassent pour constituer les ganglions de la chaîne marginale, ceux-ci à leur tour fournissant, par le même processus, les ganglions viscéraux.

Parmi les nerfs des sens spéciaux, l'olfactif dérive du ganglion olfactif, qui est un produit de l'épithélium de la fossette olfactive ; l'acoustique provient des cellules bipolaires des ganglions cochléaire et vestibulaire ; quant aux fibres gustatives du glosso-pharyngien, elles naissent sans doute des éléments ganglionnaires incorporés à ce nerf. Pour le nerf optique les choses sont un peu plus compliquées. Ses fibres se développent dans les deux directions, dans le sens centrifuge et dans le sens centripète, et cela, que l'on considère le centre cérébral ou la rétine elle-même comme point de départ.

Tous les organes des sens, de même que les centres nerveux, sont réductibles aux mêmes éléments initiaux : myélosponge ou système de soutien et cellules germinatives ; celles-ci évoluant en neuroblastes qui deviennent les uns des cellules nerveuses, les autres des cellules sensorielles. Cette opposition entre des éléments indifférents et des éléments spécifiques dont l'origine est commune, s'observe en bien d'autres endroits : par exemple dans la glande génitale et dans les plaques musculaires protovertébrales.

L'auteur envisage maintenant les connexions des éléments nerveux. Chaque cellule des organes centraux fournit une seule fibre nerveuse ; les éléments des ganglions spinaux en produisent deux. Les prolongements cellulaires protoplasmiques n'apparaissent qu'ensuite (fin du deuxième mois chez l'homme). Le prolongement nerveux s'accroît petit

à petit, s'insinue au travers des tissus qui l'environnent, émettant sur son trajet, dans les centres nerveux, de fines fibrilles (Golgi), et arrive au bout d'un temps plus ou moins long à son territoire terminal, où il se comporte différemment suivant les cas, mais où il cesse toujours par des extrémités libres. Ceci est vrai aussi de la terminaison des nerfs dans les centres. On sait, en effet, par les recherches de Ramon y Cajal et de Kölliker, que les nerfs sensibles émettent de fines branches collatérales qui se terminent dans la substance grise par de délicates houppes fibrillaires en rapport avec le corps des cellules nerveuses. Le réseau nerveux de la substance grise admis depuis Gerlach n'existe donc pas. A sa place il y a un *feutrage nerveux* (Nervenfilz ou Neuropilen) formé par les arborisations des cylindres d'axe, arborisations dont les fibrilles se terminent librement sans s'unir avec les prolongements protoplasmiques. Le tout est inclus dans les mailles du système de soutien et une substance intermédiaire diffuse, capable d'assurer la transmission entre les extrémités des différents systèmes de nerfs.

His termine en appelant l'attention sur les résultats importants auxquels conduit la méthode histogénétique appliquée à l'étude de la texture des centres nerveux. A. NICOLAS.

Sur les corpuscules neuro-musculaires à gaines paciniennes, par A.-H. PILLIET (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *novembre* 1890).

Ce sont les anatomo-pathologistes qui les premiers ont attiré l'attention sur ces formations, consistant en faisceaux allongés composés d'une gaine lamelleuse entourant un petit faisceau nerveux et un groupe de fines fibres musculaires. Ces corpuscules, considérés comme des faisceaux musculaires en voie d'atrophie, existent dans les muscles normaux, surtout au voisinage des aponévroses. Les examens n'ayant porté que sur des coupes, l'auteur ne saurait décider s'il s'agit d'une véritable massue terminale, et il sera nécessaire d'en compléter l'étude par des dissociations. En tout cas, les formations à gaines concentriques, observées dans les muscles, se présentent sous divers types différents, les unes contenant des nerfs et étant très analogues aux corpuscules de Golgi, les autres ne paraissant contenir que des faisceaux musculaires serrés et très jeunes; une troisième forme contient à la fois des muscles et des nerfs, soit réunis, soit séparés par des cloisons. L'examen de coupes en série montre une continuité entre ces figures et celles des corps de Pacini-Vater intramusculaires, quoiqu'il faille encore conserver une certaine réserve à cet égard, en l'absence de dissociations probantes. L'auteur admet cependant l'hypothèse qui voit dans ces organes des terminaisons de nerfs centripètes ; mais, basant surtout son jugement sur des arguments histologiques, à savoir, les rapports généraux des gaines concentriques avec diverses formes d'organes terminaux, il lui est impossible de dire à quels ordres de sensations correspondent ces nerfs. M. DUVAL.

Le placenta des rongeurs, par Mathias DUVAL (*Journal de l'Anat. et de la Physiol.* ; *n*os 4 *et* 6, 1890 ; *n*° 1, 1891).

Dans cette nouvelle série de mémoires (Voy. pour les précédents

R. S. M., XXXV, p. 17; XXXVI, p. 430), l'auteur termine l'étude du placenta du lapin par un exposé historique et critique des travaux antérieurs sur le même sujet. Il étudie ensuite la vésicule ombilicale du lapin et montre comment cette vésicule, après avoir subi une invagination de son hémisphère supérieur (ou embryonnaire) dans l'hémisphère inférieur, est le siège d'une dégénérescence graduelle dans ce dernier hémisphère qui finit par disparaître complètement, de sorte que, vers la fin de la gestation, l'enveloppe la plus extérieure de l'œuf est formée non par l'ectoderme, mais bien par l'entoderme (de l'hémisphère invaginé) : telle est l'origine du prétendu pseudo-chorion, vascularisé par les vaisseaux omphalo-mésentériques, disposition qui jusqu'ici n'avait pas reçu d'explication basée sur l'étude du développement.

Cette disposition de la vésicule ombilicale aboutit à une véritable inversion des feuillets blastodermiques. L'auteur est donc amené à la comparer à l'inversion qui se produit, mais d'une manière infiniment plus précoce, chez les rongeurs tels que le rat, la souris, le cochon d'Inde. Il montre que chez ces animaux l'inversion correspond non pas à un changement de signification morphologique des feuillets, mais seulement à un changement de position des membranes les plus externes de l'œuf, et que ce changement est dû à un mode particulier de développement de l'amnios, résultant lui-même de la forme étroite et allongée de la loge utérine dans laquelle se développe l'œuf.

Il aborde alors l'étude du placenta de la souris et du rat, et examine le mode d'apparition de la formation ectoplacentaire. A cet effet il étudie l'œuf à l'état de vésicule blastodermique, et le décrit sous les formes de sphère, d'ovoïde et d'œuf cylindre qui le caractérisent successivement. Pendant ces transformations, l'ectoderme de l'œuf donne naissance à une formation particulière, connue depuis les travaux de Selenka sous le nom de *suspenseur*, et qui établit les premières relations des tissus ectoplacentaires avec l'utérus. C'est le *cône ectoplacentaire*, formé d'abord d'une masse homogène de cellules ectodermiques. Cette masse se creuse de lacunes dans lesquelles le sang maternel, qui se répandait d'abord d'une manière diffuse dans la cavité de la caduque, est peu à peu reçu et endigué, de manière à y suivre une circulation régulière. Ce processus, malgré ses particularités, est au fond le même que celui qui préside à la formation des lacunes sangui-maternelles du placenta du lapin ; l'auteur le résume et le schématise en disant que l'édification ectoplacentaire, de même que dans les constructions par lesquelles on effectue le captage d'une source, vient capter et canaliser l'hémorragie qui se faisait tout d'abord d'une manière diffuse à la surface de la caduque utérine.

Remettant à un autre travail la suite de l'étude du placenta, l'auteur termine ce mémoire par des indications préparatoires relatives à l'évolution de la cavité amniotique, de l'allantoïde et du corps de l'embryon chez les rongeurs du type de la souris et du rat. A. C.

Les artères et les veines des nerfs, par QUÉNU et LEJARS (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *octobre* 1890).

Ce premier travail se borne à l'étude des vaisseaux sanguins de la portion cervicale du pneumogastrique, grand sympathique et récurrent.

Le récurrent reçoit tous ses rameaux artériels de la thyroïdienne inférieure, laquelle donne seule aussi à la moitié inférieure du pneumogastrique et du sympathique : plus haut, les autres vaisseaux nerveux viennent de la thyroïdienne supérieure. Ainsi les trois nerfs sont irrigués exclusivement par les artères thyroïdiennes. Il y a là une explication toute naturelle des aphonies passagères, des troubles respiratoires et vaso-moteurs notés à la suite de thyroïdectomies, et peut-être un élément important de la pathogénie du goitre exophtalmique.

Les veines de ces nerfs, très abondantes, aboutissent à des veines musculaires (plexus de la paroi latérale du pharynx), disposition qu'on retrouve pour les nerfs des membres. Or si l'on admet que la contraction du muscle est un facteur important dans la circulation des petites veines périphériques, on voit, dans le fait anatomique susindiqué, une disposition favorable à l'expulsion du sang noir hors des troncs nerveux ; la veine du muscle jouerait, pour ainsi dire, le rôle d'un appareil de chasse pour le sang veineux du nerf. M. DUVAL.

On the development of the taste-organs of man, par TUCKERMAN (*Journal of Anat. and Physiol., vol. XXIII, p.* 559).

Chez le fœtus humain de quatre mois on trouve cinq papilles du type caliciforme, mais à cette époque il n'y a pas à proprement parler de fossette; chacune de ces papilles possède du côté de sa face libre un bourgeon du goût. Chez le fœtus de six mois il y a huit papilles ; chaque fossette est représentée par une fente étroite, et la face latérale de la papille renferme quelques rares bourgeons du goût, encore mal différenciés. A sept mois, des bourgeons apparaissent dans la paroi externe de la fossette ; ceux de la face libre commencent à disparaître, sans doute par suite de la multiplication de l'épithélium indifférent. A. NICOLAS.

Ueber Auricularhöcker bei Reptilien... (Les éminences auriculaires chez les reptiles ; contribution à la phylogénie de l'oreille externe), par G. SCHWALBE (*Anat. Anzeiger, tome VI, n°* 2, 1891).

Les reptiles en général ne possédant pas d'oreille externe, on aurait pu croire qu'ils ne possèdent pas non plus, pendant la période embryonnaire, d'éminences auriculaires (colliculi branchiales de His). Par suite, l'absence de ces ébauches de l'oreille externe devait prouver que cet organe est une acquisition des oiseaux et des mammifères. Schwalbe montre par l'étude d'embryons de reptiles qu'en réalité les éminences y apparaissent au nombre de quatre comme chez les oiseaux ; mais elles disparaissent de très bonne heure. Il les décrit, indique leurs rapports avec la vésicule auditive et avec les arcs branchiaux, et conclut que la première éminence des embryons de reptiles et oiseaux doit seule être considérée comme une formation ancienne dérivée de l'opercule branchial, tandis que les trois autres sont des formations nouvelles atteignant leur plus grand développement chez les oiseaux et mammifères. Il est probable que le système de l'hélix de l'oreille des mammifères doit se rattacher à cette première éminence. A. NICOLAS.

De l'endothélium de la chambre antérieure de l'œil, particulièrement de celui de la cornée, par J.-P. NUEL et F. CORNIL (*Archives de biologie, t. X*, 1890).

Ce travail comprend trois parties : 1° structure normale de l'endothélium cornéen; 2° altérations de l'endothélium cornéen; 3° régénération de l'endothélium détruit par divers réactifs.

1° L'endothélium cornéen (particulièrement celui des oiseaux) est caractérisé par une structure fibrillaire très régulière du protoplasma cellulaire. Chaque élément est recouvert sur ses deux faces d'une lamelle anhiste, et la couche moyenne de nature protoplasmique est décomposable en fibrilles. Celles-ci sont continues d'une cellule à l'autre et constituent de véritables ponts anastomotiques que l'on est peut-être autorisé à considérer comme des vestiges du fuseau achromatique. Groupées au centre de la cellule, en avant du noyau qui reste adhérent à la lamelle anhiste profonde, les fibrilles rayonnent de là en autant de faisceaux que la lamelle a de bords. Les auteurs signalent en outre, accolé au noyau, un petit corpuscule qu'ils considèrent comme le corpuscule central du globe d'attraction de Van Beneden. Il est à regretter, d'ailleurs, que ce ne soit là qu'une pure hypothèse.

2° Dans cette seconde partie se trouve étudiée l'action des traumatismes, des liquides aqueux ou chargés de diverses substances (acide borique, sels mercuriaux, l'action de l'électricité et les altérations dues à la conservation de l'organe après sa mort). Toutes ces influences ont, en résumé, pour résultat de provoquer la confluence et la fusion plus ou moins rapide des filaments protoplasmiques et, par suite, de faire disparaître la fibrillation caractéristique de l'élément normal.

3° Les pertes de substance de l'endothélium se régénèrent en deux temps. Il y a d'abord envahissement diffus de la zone desquamée par des masses protoplasmiques multi-nucléées résultant sans doute de la multiplication des éléments non lésés de l'angle irido-cornéen. Quand la perte de substance est comblée, apparaissent alors seulement dans la masse cellulaire indivise des divisions indirectes, grâce auxquelles les cellules se trouvent individualisées, sans doute aussi amoindries et régularisées. A. NICOLAS.

Observations on the earlier stages in the development of the lungs of rats and mice (Développement des poumons du rat et de la souris), par ROBINSON (*Journ. of Anat. and Physiol., XXIII*, 2).

L'auteur confirme les principaux résultats obtenus par Æby à l'aide de la méthode anatomo-comparative. Entre autres faits, il a vu chez le rat et la souris une bronche épartérielle limitée au côté droit. Pour la suppléer, la première bronche hypartérielle du côté gauche se divise, et l'une des branches de division se comporte comme la bronche épartérielle du côté droit. Par suite, la première bronche hypartérielle gauche est, jusqu'à un certain point, l'homologue de la bronche épartérielle, la première bronche hypartérielle du côté droit. A. PRENANT.

Die Rückbildung der Thymus (**La régression du thymus**), **par WALDEYER** (*Sitz. d. k. pr. Akad. d. Wiss. zu Berlin, mai* 1890).

Relativement à l'époque de la disparition du thymus, les auteurs varient : les uns disent que le thymus disparaît totalement après l'enfance; d'autres soutiennent qu'il persiste dans la jeunesse; Sappey est le seul qui ait avancé que, sans exception, on en retrouve des traces jusque dans vieillesse, d'autres, tels que Luschka, Meckel, Watney, ayant constaté exceptionnellement le fait. Il s'agit de savoir si au point de vue anatomique on trouve toujours à la place du thymus, dans un âge avancé de la vie, une formation qu'on puisse rattacher à cet organe. Waldeyer répond par l'affirmative. Il a rencontré constamment dans l'espace rétrosternal, derrière le manubrium et en avant des gros vaisseaux, un corps adipeux, variable comme volume, comme forme, variable également par sa couleur et par sa consistance, qui peut être molle ou dure, par sa nature enfin, qui est graisseuse ou fibreuse. Les vaisseaux qui l'alimentent sont les mêmes que ceux qui irriguent le thymus.

Il s'agit en outre de décider si dans ce corps adipeux thymique on retrouve jusque dans l'âge le plus avancé des vestiges du thymus primitif. Waldeyer avec Sussdorf a rencontré de tels vestiges : ce sont des cellules épithéliales rondes, isolées ou agminées et même des corps concentriques du thymus, épargnés par la transformation graisseuse de l'organe qui en a envahi tout le tissu conjonctif. Ainsi le thymus, dans ses périodes d'évolution, d'état et d'involution, est tour à tour un organe épithélial, lymphoïde, adipeux. A. PRENANT.

Ueber Rückbildungsvorgänge an der Leber (**Sur les phénomènes de régression dans le foie**), **par A. CZERNY** (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXV, Heft* 1).

Toldt et Zuckerkandl ont décrit chez l'homme une région du foie où le parenchyme a disparu totalement, si bien que les parties de la capsule qui se correspondent et qui revêtent respectivement les deux faces du foie s'appliquent l'une sur l'autre, ne présentant plus entre elles que du tissu conjonctif, quelques restes de parenchyme hépatique et de conduits biliaires ; ils ont appelé cette région, appendue d'habitude au bord externe du lobe gauche, l' « appendice membraneux du foie ». L'auteur étudie l'appendice membraneux dans le ligament triangulaire du foie du rat et du lapin, et confirme les résultats obtenus par Toldt et Zuckerkandl chez l'homme. L'atrophie du tissu hépatique au niveau de l'appendice membraneux peut être imputée à des phénomènes de compression. Par un ensemble de caractères, l'appendice membraneux peut être considéré comme produit par l'atrophie d'un tissu hépatique semblable à celui du nouveau-né et qui n'a donc pas atteint son complet développement. Les phénomènes atrophiques débutent par les vaisseaux, puis frappent les cellules, et enfin atteignent les canaux biliaires, ainsi que l'a vu déjà Sigm. Mayer. Les vaisseaux sont remplacés par des cordons fibreux. Les cellules présentent des formes régressives variées dont les plus remarquables sont les formes multinucléées. L'auteur, d'un examen bibliographique des opinions émises sur les cellules bi- et trinucléées du foie, conclut que l'on n'a jamais pu les considérer en toute certitude comme des stades d'une division normale des cellules hépatiques ; pour

sa part, il fait des cellules multinucléées des formes de division liées à la régression des cellules hépatiques. Les cellules peuvent, en perdant leur protoplasma, se réduire à des noyaux nus. Quant aux conduits biliaires, ils se tronçonnent en s'oblitérant çà et là par du tissu fibreux ; les tronçons, à leur tour, peuvent diminuer de longueur au point de figurer des amas arrondis de cellules, encapsulés ou non par du tissu conjonctif. Dans l'appendice membraneux du rat, l'auteur a trouvé des canaux ramifiés dont la paroi est formée de cellules plus ou moins hautes semblables aux cellules hépatiques, et qui sont sans relation avec le parenchyme hépatique; ce seraient des vestiges des tubes hépatiques embryonnaires. A. PRENANT.

Ueber die Lymphbahnen der Säugethierleber (Sur les voies lymphatiques du foie des mammifères), par DISSE (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXVI, Heft* 2).

Les recherches bibliographiques auxquelles s'est livré l'auteur lui ont appris que l'on connaît dans le lobule hépatique l'existence de gaines lymphatiques péricapillaires, que l'on peut injecter. Les conditions dans lesquelles se font de pareilles injections sont telles cependant qu'elles ne permettent pas d'affirmer d'une façon catégorique la présence de pareilles gaines. La preuve certaine de leur existence, l'auteur la trouve dans la démonstration de la paroi propre de ces gaines.

Si l'on injecte au bleu de Prusse l'adventice d'une grosse veine hépatique, on voit se dessiner un réseau lymphatique à endothélium caractéristique, et l'on va jusqu'à remplir les lymphatiques qui s'ouvrent dans les troncs satellites de la veine porte, démontrant ainsi l'existence d'une union directe entre ces deux groupes de vaisseaux lymphatiques. On peut faire voir par le même procédé qu'il en existe de même une indirecte, assurée par un réseau intralobulaire de gaines lymphatiques péricapillaires. On réussit aussi à injecter ce réseau en mettant la canule dans les vaisseaux sanguins; la matière à injection transsude incolore à travers la paroi des capillaires sanguins, et on la met en évidence en la colorant par l'hématoxyline. On voit alors des espaces péricapillaires à bord extérieur régulièrement crénelé, les saillies correspondant aux interstices des cellules hépatiques, les enfoncements à ces cellules mêmes. Ces cellules, éloignées de l'espace péricapillaire, ne peuvent former sa paroi extérieure, qui a une existence propre; ces espaces sont donc de véritables gaines. A ces gaines sont annexées des cellules connues depuis longtemps déjà sous le nom de « cellules étoilées du foie », appliquées sur la membrane propre de la gaine, de telle sorte que leur noyau fasse saillie du côté des cellules hépatiques.

Quand on traite par le pinceau une coupe de foie congelé, on met en évidence un réseau à mailles plus larges que celles du réseau capillaire, mais de même disposition. La plupart des auteurs, à la suite de His, ont fait de ce réseau une gaine adventice des capillaires. On peut se convaincre que l'adventice capillaire consiste non pas seulement en fibrilles, mais aussi en une substance fondamentale qui unit les fibrilles, et qui a la forme d'un cylindre creux, les fibrilles représentant des épaississements longitudinaux réticulés de ce cylindre; qu'elle est indépendante et n'a aucune relation avec la paroi des capillaires; que les cellules

étoilées font partie de cette adventice et non de la paroi capillaire. De la gaine péricapillaire partent en outre des réseaux de fibrilles qui s'étendent entre les cellules hépatiques elles-mêmes. Tout ce système fibrillaire, avec les cellules étoilées y annexées, représente la charpente conjonctive du lobule, le stroma hépatique.

Enfin, l'on peut démontrer sur les coupes de foie durci l'existence des gaines péricapillaires, quand le capillaire que nous savons libre de toute connexion avec la gaine qui l'entoure s'est rétracté à l'intérieur de cette gaine.

Ainsi, d'après les résultats fournis par l'observation des gaines péricapillaires injectées et vides, de même que par l'examen de coupes de foie, il est établi que ces gaines ont une paroi propre. Cette paroi est une membrane consistant en une substance fondamentale amorphe, un réseau fibrillaire et des cellules plates étoilées; elle entoure à distance le capillaire sanguin, adhère au ciment intercellulaire des éléments hépatiques, et n'est qu'accolée à ces éléments eux-mêmes. De la gaine péricapillaire partent des réseaux de fibrilles pénétrant entre les cellules.

Les espaces qui entourent les capillaires existent donc pendant la vie, puisqu'ils ont une paroi propre. Leurs rapports avec les troncs lymphatiques de l'adventice des veines hépatiques et ceux de la capsule de Glisson périportale, autorisent à les rattacher au système lymphatique; ils en sont les racines. Comme le sont ailleurs les racines lymphatiques, les origines hépatiques des voies de la lymphe se caractérisent parce qu'elles manquent de revêtement endothélial, sont de simples interstices des tissus, et plus particulièrement des gaines tubuleuses entourant les vaisseaux sanguins et pareilles à celles du système nerveux central.

L'auteur termine par quelques considérations relatives à la physiologie du foie et spécialement à la sécrétion biliaire, et tirées des rapports que les capillaires biliaires intralobulaires ont avec les chemins de la lymphe.

A. PRENANT.

I. — Recherches histologiques sur l'appareil digestif de la larve de la Ptychoptera contaminata, par van GEHUCHTEN (*La Cellule*, *VI*, 1890).

II. — Le mécanisme de la sécrétion, par LE MÊME (*Anat. Anz.*, *VI*, *n°* 1891).

I et II. — Parmi les faits importants contenus dans le premier mémoire de van Gehuchten nous voulons seulement signaler ceux d'un intérêt plus général qui constituent une importante contribution à l'étude du mécanisme de la sécrétion. L'auteur les a d'ailleurs résumés dans un second travail communiqué au 10e congrès international de médecine (Berlin, 1890), travail dont voici les conclusions. Les cellules épithéliales glandulaires du médiintestin de la larve de la Ptychoptera sont garnies d'un plateau ouvert (bordure en brosse de quelques auteurs); mais celui-ci ne joue aucun rôle dans le mécanisme de la sécrétion, c'est une simple cuticule de protection contre les lésions du dehors. Les produits à éliminer se forment dans le corps cellulaire par suite de l'activité spéciale de la cellule. C'est à ce moment que la cellule sécrétante est spécialement active au point de vue de sa fonction de sécrétion. Les produits élaborés soulèvent la membrane basale du plateau et font saillie dans la

cavité intestinale. Ces vésicules saillantes deviennent libres, soit par étranglement, soit par la formation d'une membrane nouvelle à la limite du cytoplasme. Cette chute des vésicules gorgées des produits de sécrétion dans la cavité intestinale constitue l'excrétion. La cellule peut alors rentrer au repos ou recommencer une nouvelle sécrétion. Une cellule épithéliale peut sécréter et excréter plusieurs fois sans se détruire. Elle se détruit à la suite de la perte de son noyau. Les cellules détruites sont remplacées par des cellules nouvelles qui existent toujours à la base des cellules sécrétantes. Enfin le noyau ne prend pas de part active dans le phénomène. A. NICOLAS.

Recherches sur le développement de la rate chez les poissons, par **E. LAGUESSE** (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *juillet et septembre* 1890).

La rate apparaît assez tardivement, à une époque où l'estomac commence à pouvoir être reconnu comme tel, en rapport immédiat avec la veine porte, dans l'épaisseur de la paroi mésodermique primitive de l'intestin, dont elle est une simple bosselure. Le tissu splénique est à l'origine un simple épaississement du mésenchyme, lequel mésenchyme, pour le dire en passant, n'a pas tout entier une origine extra-embryonnaire aux dépens du parablaste, mais provient, au moins en partie, de l'épithélium péritonéal ou du cœlome. Cet épaississement est formé, comme le reste du mésenchyme, d'un réseau de cellules anastomosées; mais ici un grand nombre des éléments ne prend point la forme étoilée, reste étranger à la constitution du réseau, et demeure dans ses mailles à l'état de cellules arrondies; ce sont les cellules mères des futurs éléments libres de la pulpe splénique.

En même temps, dans la partie correspondante de la veine, l'endothélium cesse d'exister comme formation à part, et, issu antérieurement du mésenchyme sous-jacent, il se confond de nouveau avec lui. Comme à ce moment les cellules arrondies susindiquées subissent une condensation de leur protoplasma autour du noyau, et deviennent libres dans les logettes formées par les mailles des cellules anastomosées, et que ces logettes entrent en communication les unes avec les autres et avec la cavité veineuse qui a perdu son endothélium, il en résulte la formation d'un système de cavités tortueuses irrégulières dans lesquelles pénètrent le plasma et les globules de sang, tandis que les éléments primitivement emprisonnés dans les logettes s'échappent dans le sang.

Ainsi, d'une part, le réseau de cellules du mésenchyme devient le réticulum définitif de l'organe. C'est là l'un des résultats les plus originaux de ce travail, relatif à l'une des questions les plus controversées. Outre les preuves données par l'étude du développement, et qui sont de nature à trancher la question, l'analyse du réticulum chez l'adulte montre que les noyaux de ses nœuds ne sont pas à la surface, mais bien dans l'épaisseur même de la substance trabéculaire. Côte à côte avec ce réseau, on peut étudier parallèlement le tissu de la capsule, qui est bien du tissu conjonctif, et donne des réactions colorées nettement différentes. Enfin le tissu du réseau ne donne pas de gélatine par la coction. D'autre part, les éléments, primitivement enserrés étroitement dans le réseau, deviennent libres, et, constituant les noyaux d'origine caractéristique de la

pulpe, donnent naissance à des globules blancs, et surtout à des globules rouges. La rate chez les poissons est donc, dès son origine, un organe hématopoiétique. Si cette conclusion ne regarde rigoureusement que les poissons, il est bien certain qu'elle a une portée plus considérable. Ce n'est pas que l'auteur prétende s'inscrire contre la destruction des hématies dans la rate, et il signale même à plusieurs reprises les globules rouges fragmentés, les cellules à granules réfringents et à pigment que l'on trouve dans l'organe; mais c'est là un rôle que rien n'indique d'abord chez l'embryon, rôle probablement secondaire et corrélatif du premier, en ce sens qu'il aurait pour but d'accumuler, en nature ou sous une autre forme, l'hémoglobine nécessaire à la formation des nouveaux globules rouges. M. DUVAL.

Contribution à l'étude de la muqueuse olfactive chez les mammifères, par van GEHUCHTEN (*La Cellule, tome VI, fasc.* 2).

L'emploi de la méthode de Golgi (durcissement rapide de Ramon y Cajal) a permis à l'auteur de préciser le mode de terminaison des fibrilles du nerf olfactif dans l'épithélium. Le plexus nerveux sous-épithélial admis par Ranvier et Exner n'existe pas, et les fibrilles olfactives se continuent toutes directement chacune avec le prolongement central d'une cellule bipolaire de la muqueuse. Le prolongement périphérique de ces dernières cellules dépasse quelquefois la surface du revêtement épithélial. Le dépôt de chromate d'argent dessine également les cellules épithéliales ordinaires, ainsi que la cavité des glandes de Bowman, parfois aussi les cellules du tissu conjonctif sous-épithélial. A. NICOLAS.

Ueber die Entwickelung des Uterus und der Vagina beim Menschen (Sur le développement de l'utérus et du vagin dans l'espèce humaine), par NAGEL (*Sitz. der königl. pr. Akad. der Wiss. zu Berlin, XXVI*, 1890).

Dès les premiers stades du développement, le cordon génital (canaux de Müller réunis) et les parties adjacentes des plis urogénitaux (future portion utérine de la trompe et région voisine du ligament large) affectent une direction curviligne à concavité antérieure, parallèle à celle du canal de Wolff, le long duquel les canaux de Müller s'accroissent. Plus tard, l'incurvation de ces organes se prononce de plus en plus jusqu'à décrire un arc dont le centre serait situé un peu au-dessus de la symphyse pubienne. Cet arc est bientôt coudé en un point qui répond au futur orifice externe du col utérin.

Il se fait ensuite un grand coude un peu au-dessus du précédent, et en un point qui sera plus tard l'orifice interne du col utérin ; grâce à ce second coude, la partie supérieure du cordon génital, le corps de l'utérus, devient horizontale. Ainsi la direction définitive des diverses régions du conduit utéro-vaginal est la conséquence naturelle du développement du cordon génital.

L'extrémité distale du conduit de Müller, pendant sa descente le long du canal de Wolff, consiste en cellules particulières, assez basses, distinctes des cellules cylindriques du canal de Müller proprement dit; cette extrémité, en s'allongeant beaucoup, devient l'ébauche du vagin. Il existe

ainsi de prime abord une différence dans le revêtement épithélial des parties proximale et distale du cordon génital.

Le passage de l'un à l'autre épithélium est brusque; il se fait un peu au-dessus de l'orifice externe utérin.

La séparation définitive de l'utérus et du vagin, par le développement d'une portion vaginale du col utérin, ne se fait que plus tard. Un peu au-dessous de la ligne de démarcation des deux épithéliums précitée, il se produit sur la paroi postérieure et, plus tard, sur la paroi antérieure du cordon génital, un bourgeon épithélial dirigé obliquement en haut, qui est l'ébauche de la lèvre correspondante du col utérin.

L'endroit où les canaux de Müller s'ouvrent dans le sinus urogénital représente le futur orifice du vagin. Le vagin, d'abord très court, s'allonge beaucoup, se plisse et présente juste au-dessus de son orifice, dans le sinus urogénital, un amas épithélial qui produit une dilatation ampullaire de l'extrémité distale du conduit vaginal. Comme les bords de l'orifice vaginal ne sont pas entraînés dans cette dilatation, que l'orifice conserve son étroitesse primitive et que la dilatation est située au-dessus de lui, il en résulte un anneau, qui est la première ébauche de l'hymen.

L'orifice vaginal étant relativement plus large chez les embryons que chez les nouveau-nés et chez les adultes, il en résulte qu'il doit se faire ultérieurement une végétation active de la valvule hyméniale, et principalement de sa portion postérieure, grâce à laquelle l'orifice est tout à la fois rétréci et reporté en avant. A. PRENANT.

The development of diarthrodial joints in birds (oiseaux) and mammals (mammifères), par HEPBURN (*Journ. of Anat. and Phys.*, *XXIII*, 4).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La matrice de l'os et celle des disques articulaires sont d'abord continues et dérivent d'un blastème commun, dont la première différenciation est celle qui produit les disques articulaires. — 2° Les disques articulaires peuvent se transformer de différentes façons : en cartilage et former une synchondrose (articulation du basi-occipital et du basi-sphénoïde); en tissu fibreux et donner lieu à une synarthrose ou syndesmose; en une cavité articulaire, par fissuration de leur masse. — 3° Les cavités articulaires se développent dans les disques articulaires déjà à une époque où la formation cartilagineuse est encore relativement éloignée de la cavité de l'articulation. — 4° Quand le développement de la cavité articulaire demeure assez limité et que le disque articulaire qui entoure cette cavité se transforme en tissu fibreux, l'articulation devient une amphiarthrose. — 5° Si la formation cavitaire s'étend davantage en surface, l'on obtient une diarthrose. — 6° Si la cavité articulaire est uniloculaire, on a une diarthrose simple; si le processus de fissuration a ménagé une portion axiale du tissu, il se forme un ligament intra-articulaire; si deux cavités articulaires prennent naissance, il se développe un ménisque intra-articulaire; si les deux cavités se fusionnent dans leurs parties centrales, le ménisque est incomplet. — 7° Les segments proximal et distal du disque articulaire se transforment en cartilage et prennent vraisemblablement part à la formation des extrémités osseuses épiphysaires. — 8° La partie périphérique des

disques articulaires devient la capsule articulaire. — 9° Des cartilages fibreux et des ligaments interarticulaires se développent aux dépens des disques articulaires par une déviation du processus de formation des cavités articulaires. — 10° Les cellules qui entourent la cavité articulaire ont un double rôle. Celles qui sont en rapport avec les ligaments et qui sont le support de vaisseaux se transforment en membrane synoviale. D'autres cellules, qui revêtent à la naissance le cartilage articulaire, subissent une dégénérescence à la suite des frottements dont l'articulation devient le siège.

A. PRENANT.

PHYSIOLOGIE.

I. — **Die Bestimmung der Localisation der Gehirn...** (La détermination de la localisation des fonctions du cerveau et de la moelle épinière au moyen des phénomènes électriques), par A. BECK.

II. — **Die Ströme der Nervencentren** (Les courants des centres nerveux), par A. BECK.

III. — **Mittheilung betreffend die Physiologie der Hirnrinds** (Communication concernant la physiologie de l'écorce cérébrale), par Ernst Fleischl von MARXOW.

IV. — **Ueber den Gebrauch der Elektricität für die Localisation...** (Sur l'emploi de l'électricité pour la localisation des phénomènes d'excitation qui se produisent dans le système nerveux central), par F. GOTCH et V. HORSLEY (*Centralblatt f. Physiologie, IV, p.* 473, 572, 537 *et* 650 ; 1890).

I à IV. — Si l'on applique deux électrodes impolarisables sur deux parties symétriques de la surface des hémisphères cérébraux et si on les relie à un galvanomètre sensible, on n'obtient généralement pas de déviation, ou l'on n'obtient qu'une déviation insignifiante. Mais si l'on excite un organe des sens, dont la projection centrale correspond au point d'application de l'une des électrodes, on obtient une déviation de l'aiguille aimantée dans un sens déterminé, indiquant que l'électrode est devenue négative. Si l'on excite l'organe des sens de l'autre côté, on obtient une déviation en sens inverse de l'aiguille aimantée.

L'expérience est des plus démonstratives si l'on applique les électrodes sur les centres de la vision de Munk et si l'on éclaire alternativement les deux yeux.

Si on laisse les électrodes à la surface des centres visuels et si on excite l'animal par des vapeurs d'ammoniaque que l'on fait agir sur la muqueuse olfactive, ou si l'on pince la peau d'une extrémité, on n'obtient aucun courant électrique. Chacune de ces expériences, irritation de la muqueuse nasale ou irritation de telle ou telle partie de la peau produira une déviation de l'aiguille aimantée, si l'on a soin, dans chacune d'elles d'appliquer chaque fois une des électrodes sur la portion de

l'écorce cérébrale qui renferme le centre pour les sensations correspondantes. Si la situation de ce centre est inconnue, on pourra la découvrir, en promenant une des électrodes à la surface de l'hémisphère cérébral jusqu'à ce que le galvanomètre indique une déviation notable à chaque excitation sensorielle. L'exploration électrique de la surface corticale constitue ainsi une méthode nouvelle pour la détermination des localisations cérébrales.

Enfin, l'anesthésie par le chloroforme supprime temporairement toute manifestation électrique dans les centres corticaux.

Ces expériences réussissent encore lorsque les électrodes sont appliquées à la surface de la dure-mère, et même lorsqu'elles touchent seulement la surface externe des os de la voûte crânienne, dépouillés de leur périoste.

L'excitation de la moelle épinière à la suite d'irritations transmises par les nerfs centripètes est également accompagnée de phénomènes électriques analogues.

Ces faits paraissent avoir été découverts d'une façon indépendante par les auteurs des publications citées et ont donné lieu entre eux à un débat sur la question de priorité, débat pour lequel nous renvoyons aux originaux. LÉON FREDERICQ.

Zur Kenntniss der Erregbarkeit des Athemcentrums (Contribution à la connaissance de l'excitabilité du centre respiratoire), par A. LŒWY (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVII, p.* 601).

L'auteur insiste, après Gad et Filehne, sur les différents moyens qui peuvent être employés pour apprécier l'excitabilité du centre respiratoire. Cette excitabilité représente une grandeur remarquablement constante qui ne varie guère chez les différents individus avec l'âge ou la constitution particulière. Le sommeil naturel et le sommeil provoqué par l'hydrate de chloral, l'hydrate d'amyle et le chloralamide ne modifient cette excitabilité que peu ou point. Les changements respiratoires que l'on observe sont dus à ce que le centre, normalement excitable, reçoit en réalité des excitations différentes. Dans le cas du sommeil morphinique, il y a à la fois abaissement de l'excitabilité et diminution des excitations apportées au centre. DASTRE.

Influence de l'acide acétique sur les échanges gazeux respiratoires, par A. MALLÈVRE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 1er *décembre* 1890).

L'acide acétique est un produit important de la fermentation de la cellulose dans le tube digestif des herbivores : il était donc intéressant d'étudier son influence sur les échanges nutritifs ; à cet effet, sur des lapins dont les échanges nutritifs sont rendus constants en excluant les mouvements volontaires par une injection de curare et maintenant la température du corps toujours la même, on introduit une solution d'acétate de soude dans le sang, et on constate, dans les échanges gazeux de la respiration, des variations qui se produisent dès le commencement de l'injection et cessent une demi-heure après ; en même temps l'urine, acide chez l'animal à jeun depuis deux jours, devient alcaline, et l'alcalinité du sang augmente de 50 0/0. En se servant des données de la

calorimétrie pour interpréter les modifications observées dans les échanges respiratoires, on arrive à cette conclusion, qu'une partie de l'énergie de l'acétate, mais une partie seulement, s'est dégagée au profit de l'organisme, c'est-à-dire a exercé une action d'épargne sur les autres éléments nutritifs non azotés. M. DUVAL.

Elektromotorische Kraft, hervogerufen durch die Athmung (**Force électromotrice produite par la respiration**), **par H. J. HAMBURGER** (*Centralblatt f. Physiologie, IV, p.* 129; 1890).

Si on relie deux points de la surface du cœur vivant d'un mammifère avec l'électromètre de Lippmann, on observe à côté des variations électriques qui correspondent aux systoles ventriculaires, des oscillations du ménisque isochrone avec les mouvements respiratoires. Ces oscillations correspondent au dégagement d'électricité qui accompagne le frottement des poumons contre la surface du cœur. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Lungenathmung (**Sur la respiration dans le poumon**), **par Christian BOHR** (*Skandinavisches Archiv für Physiologie, II, p.* 236, 1890).

L'auteur a étudié la tension des gaz dans le sang circulant et il l'a comparée à celle de l'air alvéolaire. Il a employé pour cette étude l'hémataéromètre, modification de l'appareil de Ludwig. Ses recherches l'ont conduit aux résultats suivants : les tensions gazeuses des deux côtés de la paroi alvéolaire ne peuvent être la cause de l'échange des gaz à travers cette paroi. Ce résultat est particulièrement évident dans les cas de l'inspiration d'un air riche en acide carbonique. La tension des gaz oxygène et acide carbonique dans le sang artériel varie beaucoup chez les différents individus, et à divers moments chez un même individu, les conditions extérieures restant les mêmes. L'échange des gaz est le résultat d'une activité particulière de l'épithélium pulmonaire, comparable à l'activité glandulaire. Cette activité ne peut s'exercer que dans des limites restreintes et elle est troublée si les conditions extérieures sont trop modifiées, par exemple dans un air pauvre en oxygène et riche en acide carbonique. L'action cellulaire consiste soit dans une absorption et un rejet de O et de CO^2 par l'épithélium ou dans une action modifiant les tensions gazeuses, de part et d'autre, de manière à faciliter l'échange. DASTRE.

Ueber die Ursache der ersten Athembewegungen (**Cause des premiers mouvements respiratoires**), **par O. ENGSTRÖM** (*Skandinavisches Archiv für Physiologie, II, p.* 158, 1890).

Après un historique assez complet, l'auteur critique les théories régnantes, la théorie de Lah éclaircie par Olshausen et celles de Schwartz et Preyer. Il examine les effets des excitants extérieurs pendant l'apnée fœtale, puis pendant que les mouvements respiratoires se sont produits, et après qu'ils ont cessé. Il note l'effet des excitations cutanées, dans des conditions diverses de la respiration placentaire. En résumé, il constate qu'une perturbation, une interruption de la respiration placentaire provoquent dans l'organisme fœtal une accumulation de substances excitatrices des premiers mouvements respiratoires rythmiques, que le fœ

soit ou non dans la matrice. Le rétablissement de la respiration placentaire peut faire disparaître ces excitations, et par conséquent les mouvements respiratoires. Il faut joindre à cet excitant asphyxique les excitations extérieures thermiques, mécaniques et électriques. DASTRE.

I. — Ueber die Verbindungen des Hämoglobins mit Sauerstoff (Sur les combinaisons de l'hémoglobine avec l'oxygène).

II. — Ueber die Verbindungen des Hämoglobins mit Kohlensäure (Sur les combinaisons de l'hémoglobine avec l'acide carbonique, ou avec un mélange d'acide carbonique et d'oxygène).

III. — Ueber die specifische Sauerstoffmenge des Blutes (Sur la proportion spécifique d'oxygène du sang et sur sa signification au point de vue des échanges respiratoires), par Ch. BOHR (*Centralblatt f. Physiologie, IV, p.* 249. 253 *et* 454).

L'auteur admet l'existence de toute une série de combinaisons différentes de l'hémoglobine avec l'oxygène et avec l'acide carbonique ; si ses vues sont exactes, il en résulterait que les phénomènes des échanges respiratoires qui se passent dans le poumon et au sein des tissus, sont infiniment plus compliqués qu'on ne l'avait admis jusqu'à présent. Pour ne parler que de l'oxyhémoglobine, l'auteur en admet quatre variétés α, β, γ et δ contenant respectivement 0.4, 0.8, 1.7 et 2.7 centimètres cubes d'oxygène par gramme d'hémoglobine. LÉON FREDERICQ.

Ueber Nasen und Mundathmung (Respiration par le nez et par la bouche), par R. KAYSER (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVII, p.* 543).

Th. Aschenbrand (1886) et R. Kayser ont annoncé que l'air extérieur est échauffé, pendant son passage dans les voies nasales, jusqu'à 30° et qu'il est complètement saturé de vapeur d'eau. Bloch (1889) nie ce dernier point. L'échauffement et l'humectation de l'air seraient beaucoup moindres dans la respiration buccale. Quant à la saturation de l'air nasal, elle correspondrait seulement, d'après Bloch, à une température de 24-25°. Kayser conteste l'expérience de Bloch et signale un défaut de son hygroscope. Il répète enfin ses expériences primitives en faisant circuler de l'air (chez un chien trachéotomisé) à travers les fosses nasales, la bouche étant fermée, ou inversement à travers la bouche, les narines étant fermées. Cet air est recueilli par le bout trachéal et aspiré à travers l'acide sulfurique, de manière que l'on puisse mesurer son volume, sa température, son état hygrométrique. On constate ainsi que l'air de l'inspiration, quelque voie qu'il suive, est toujours saturé de vapeur d'eau. L'échauffement et l'humectation sont plus grands dans la respiration nasale, à travers les deux narines, moindres à travers une seule narine. Avec la bouche entr'ouverte, la température de l'air inspiré s'abaisse d'un degré ; avec la bouche largement ouverte, de 3°. DASTRE.

Die Degeneration der Kehlkopfmuskeln beim Pferde nach Durchschneidung des Nervus laryngeus superior und inferior (Dégénération des muscles du larynx chez le cheval après la section du nerf laryngé supérieur et inférieur), par F. PINELES (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVIII, p.* 17).

Travail entrepris sous la direction de S. Exner. Chez l'homme et le mammifère le laryngé supérieur se résout en une petite branche ex-

terne pour le muscle crico-thyroïdien, et une grosse branche interne pour la sensibilité du larynx. Chez le cheval il en est autrement. Le laryngé supérieur ne fournit que des rameaux sensitifs. (Möller, 1888.) Cependant, après la section de ce nerf, il se produit une atrophie générale des muscles laryngés. D'où la supposition qu'il est à la fois sensitif et trophique. Bien que son excitation n'excite pas les muscles, sa section les paralyse (Exner, 1889); fait paradoxal qui explique leur atrophie ultérieure. L'auteur a entrepris une recherche microscopique de la dégénération musculaire, de son espèce et de son extension, dans le cas de section du laryngé supérieur et du laryngé inférieur. Le processus de la dégénération est différent dans les deux cas. Dans le cas d'excision du laryngé supérieur, ce sont des modifications analogues à celles que Erb a décrites sous le nom de dystrophie musculaire progressive, et différentes, par conséquent, de celles que l'on observe après la section des nerfs moteurs proprement dits. DASTRE.

Méthodes de démonstration des mouvements laryngiens, par F. HOOPER (*Cong. de Berlin ; Ann. mal. de l'or., décembre* 1890).

Hooper a pu, par des expériences très ingénieuses sur le chien, démontrer d'une façon précise l'action de certains muscles laryngiens. Il montre que le cricoïde subit un mouvement d'ascension sur le thyroïde, comme l'avaient indiqué Magendie, Longet; que le cartilage thyroïde n'est pas tiré en bas. La tension des cordes vocales est le résultat direct de ce mouvement d'ascension du cartilage cricoïde, par suite de l'action du muscle thyro-cricoïdien et du souffle expiratoire.

En isolant le larynx et étudiant séparément l'excitation des divers muscles, H. montre que l'articulation crico-aryténoïdienne admet toutes les variétés de mouvements. L'excitation des crico-aryténoïdiens postérieurs amène la dilatation de la glotte; des thyro-aryténoïdiens internes ou crico-aryténoïdiens latéraux, soit individuellement, soit ensemble, l'occlusion. En excitant ces trois groupes simultanément, on obtient une occlusion complète de la glotte montrant que l'action combinée des muscles thyro-aryténoïdiens internes et crico-aryténoïdiens latéraux surpasse en puissance celle des crico-aryténoïdiens postérieurs. Si on excite par contre seulement les crico-aryténoïdiens latéraux et postérieurs ensemble, on a la dilatation de la glotte, les postérieurs l'emportant sur les latéraux. L'excitation des crico-aryténoïdiens postérieurs et thyro-aryténoïdiens internes amène l'occlusion de la glotte en avant, l'ouverture en arrière. A. CARTAZ.

On the position of the vocal cords in quiet respiration in man and on the reflextonus of their abductor muscles, par Félix SEMON (*Proceed. of the roy. Soc., XLVIII, p.* 403).

Quelle est la position des cordes vocales dans la respiration calme et tranquille? D'après les recherches de Semon, sur le vivant, sur le cadavre, d'après des mensurations précises de l'ouverture glottique, des expériences sur les animaux, la glotte est toujours plus largement ouverte dans la respiration tranquille qu'après la mort ou la section des récurrents. Contrairement à l'assertion de divers auteurs, les cordes ne sont pas dans la position cadavérique.

Cet élargissement de la glotte est dû à l'activité permanente des abducteurs, crico-aryténoïdiens postérieurs, qui sont les muscles de la respiration. Cette activité est sous la dépendance d'impulsions toniques que les centres ganglionnaires reçoivent des centres respiratoires bulbaires. Les fibres de transmission siègent, mais non exclusivement, dans le tronc du vague.

Malgré leur innervation spéciale, les abducteurs sont plus faibles physiologiquement que leurs antagonistes.

Les adducteurs sont des muscles phonateurs; leurs fonctions respiratoires se limitent à la protection des voies aériennes contre la pénétration de corps étrangers ou aux variétés accidentelles d'expiration, telles que la toux et le rire. A. CARTAZ.

Ueber die Giftigkeit der Exspirationsluft (Toxicité de l'air expiré), par LEHMANN et JESSEN (*Arch. f. Hyg.*, *X*, *n°* 3, 1890).

Ces auteurs ont repris les expériences de Brown-Séquard et d'Arsonval sur la toxicité des eaux de condensation de l'air expiré. Ils ont trouvé dans ce liquide une quantité d'ammoniaque médiocre, en rapport avec l'état des dents, des traces de chlorures et 3 ou 4 milligrammes par litre de matières organiques volatiles.

Ce liquide, injecté sous la peau à des lapins, s'est montré sans action; injecté dans les veines, il n'a causé la mort que lorsque la quantité introduite a atteint 30 centimètres cubes; la mort en ce cas peut tenir à la quantité et non à la qualité du liquide. Ils pensent donc avec Dastre et Loye, Hoffmann-Wellenhof, Russo-Giliberti et Alessi, que l'on doit révoquer en doute les conclusions de Brown-Séquard et d'Arsonval.

LEFLAIVE.

Ueber die gegenseitigen Beziehungen des Herzens und der Gefässe (Sur les relations réciproques du cœur et des vaisseaux), par J. JOHANNSON et R. TIGERSTEDT (*Skandinavisches Archiv für Physiologie*, *II*, *p.* 409, 1891).

Lorsque la pression artérielle s'élève modérément, l'ondée sanguine artérielle qui sort du cœur ne change pas de quantité. Mais lorsque cet accroissement de pression est considérable, la quantité de sang chassée diminue et il y a alors stase sanguine dans le cœur. Quand la pression s'élève, la systole s'accroît; en même temps s'accroît aussi la quantité de sang qui reste dans le cœur. En somme, la systole ne vide jamais complètement les ventricules. DASTRE.

Ueber die Ernährung des Säugethierherzens (Nutrition du cœur des mammifères), par R. TIGERSTEDT (*Skandinavisches Archiv für Physiologie*, *II*, *p.* 394).

Le cœur est loin d'être dans une dépendance de la circulation coronaire aussi étroite qu'on l'imaginait. Cela résulte de l'expérience de Wooldrige, qui, sans ouvrir le péricarde, interrompait la communication nerveuse des oreillettes avec les ventricules en étranglant la masse musculaire des oreillettes au moyen d'un lien. Le cœur continue à battre. En même temps on supprime complètement la circulation pendant plusieurs minutes sans que l'animal meure. DASTRE.

Ueber die Regelung der Blutbestandtheile bei experimentelle hydrämischer Plethora, Hydræmie und Anhydrämie (Régulation des éléments constituants du sang, dans le cas de pléthore hydrémique, hydrémie et anhydrémie), par H. J. HAMBURGER (*Zeitschrift für Biol.*, *XXVII*, *p.* 259).

L'auteur se propose de savoir si les globules du sang sont perméables pour les sels. La perméabilité des vaisseaux a été établie par les recherches de Klikowicz (1886), et de Dastre et Loye (1889). La paroi vasculaire a la propriété de maintenir constant le pouvoir absorbant du plasma sanguin. Les vaisseaux de certains organes se comportent d'une manière différente : les uns laissent transsuder, par exemple, la solution de NaCl, les autres ne laissent pas transsuder (Cohnheim). Les globules du sang circulant possèdent aussi la propriété de maintenir constant leur pouvoir absorbant pour l'eau. La même chose existe d'ailleurs pour les corpuscules du sang défibriné. L'auteur rapproche cette propriété de celle des cellules des canaux urinaires d'extraire du sang les éléments de la sécrétion urinaire; de l'épithélium gastrique de tirer un produit acide du sang alcalisé; de la propriété de la muqueuse intestinale de changer la peptone en albumine, et seulement, comme l'a montré Salvioli (1880), lorsque la peptone est offerte aux cellules du côté de la cavité intestinale, et non lorsqu'on l'injecte mêlée au sang par l'artère mésaraïque. C'est une propriété vitale et chimique universelle. DASTRE.

I. — **Zur Deutung des negativen Druckes in den Herzventrikeln (Sur la signification de la pression négative dans les ventricules), par G. J. MINK** (*Centralblatt f. Physiologie*, *IV*, *p.* 569 ; 1890).

II. — *Idem*, **par Justus GAULE** (*Centralblatt f. Physiologie, IV*, *p.* 617 ; 1890).

I. — Il se développe, comme on sait, à la fin de chaque systole cardiaque, une pression négative à l'intérieur des ventricules, pression négative à laquellle Marey a donné le nom de *vide postsystolique*.

L'auteur montre que le vide postsystolique reconnaît pour cause principale (ou tout au moins pour facteur important) la dilatation subie passivement par les portions des ventricules qui avoisinent l'orifice de l'aorte, au moment où l'aorte se dilate brusquement à la suite de la pénétration de l'ondée sanguine ventriculaire dans ce vaisseau.

Ses expériences ont été faites sur le cœur extrait de la poitrine : le ventricule gauche communiquait avec un tube de verre plongeant dans un vase contenant un liquide coloré et pouvant par conséquent servir de manomètre pour pressions négatives. L'aorte avait été liée à une certaine distance du cœur et était remplie de liquide sous pression, grâce à la fermeture des valvules sigmoïdes. Chaque fois que l'on comprimait la crosse de l'aorte, de manière à y augmenter la pression et à distendre la région des valvules sigmoïdes, on constatait une diminution de pression dans le ventricule gauche, se traduisant par une aspiration du liquide coloré dans le tube de verre.

II. — Gaule a émis, en 1866, une opinion analogue à celle de Mink sur la production du vide postsystolique. LÉON FREDERICQ.

Extrapleurale Umstechung und Compression der linken Arteria pulmonalis... (Isolement et compression extrapleurales de l'artère pulmonaire gauche. Influence de cette compression sur la pression dans le système aortique du lapin), par LANDGRAF (*Centralbl. f. Physiologie, IV, p.* 476, 1890).

L'auteur enlève le sternum du lapin d'après le procédé de Gad, ce qui permet de mettre à nu le cœur et les gros vaisseaux qui en partent, sans ouvrir les plèvres et sans être obligé d'y instituer la respiration artificielle. Il passe un fil sous l'artère pulmonaire gauche et constate que la compression de ce vaisseau fait chaque fois baisser la pression artérielle carotidienne de près de moitié. LÉON FREDERICQ.

Zur Geschichte der Herzinnervation (Pour l'histoire de l'innervation du cœur), par DOGIEL (*Centralblatt f. die medicinisch Wissensch., p.* 258, 1890).

Les branches du vague donnent déjà des ramifications nombreuses avant d'atteindre le sinus. Ces rameaux s'anastomosent à la partie supérieure de la surface interne du péricarde chez les batraciens et les tortues, et vont ensuite à l'hyoïde, au sinus et à la région des ganglions de Remak. La veine cave supérieure et la veine cave inférieure sont munies de filets nerveux et de cellules nerveuses. On en trouve aussi aux confins du sinus et de l'oreillette (Remak), dans les oreillettes et dans la cloison qui les sépare (Ludwig), dans la cloison atrioventriculaire (Bidder), entre les valvules, au-dessous d'elles entre les faisceaux musculaires (Dogiel). On peut suivre les filets nerveux à myéline presque jusqu'à la pointe du cœur, au-dessous de l'endocarde, à la surface interne du ventricule, et entre ses faisceaux musculaires.

Ces nerfs et ces cellules nerveuses chez les animaux précités présentent les plus grandes analogies de structure et de distribution. L'anastomose entre les deux branches du pneumogastrique mérite grande attention. L'échange des filets nerveux rappelle celui du chiasma optique. Il se produit à la surface interne du péricarde, sur la veine cave formant le sinus veineux, dans les ganglions de Remak, dans les oreillettes, et dans leur cloison, à la région atrioventriculaire et dans le ventricule. Chaque partie, oreillette, ventricule, sinus, veine cave, se contracte rythmiquement même après isolement des autres parties. Les deux rameaux du vague, droit et gauche, n'ont pas une égale influence sur le cœur, à cause de l'inégalité dans le nombre des filets échangés. Le cœur, dans toutes ses parties, s'arrête en diastole.

Si l'on sectionne le vague dans la cloison auriculaire, l'excitation de l'un et l'autre bout provoque l'arrêt, ce qui s'explique encore par les anastomoses signalées plus haut. Si l'on divise les branches du vague, suivant la longueur, dans l'épaisseur de la cloison auriculaire, et qu'on excite le bout périphérique d'une branche ainsi isolée, on provoque un arrêt en diastole d'une partie seulement du ventricule, le reste se contractant à la façon ordinaire. Les parties isolées, sinus, veines caves, oreillettes, ventricules, qui continuent à se contracter, sont arrêtées en diastole par une solution de muscarine et récupèrent leurs mouvements rythmiques dans du sulfate d'atropine. Toutes les cellules nerveuses et tous les filets seraient également moteurs et identiques entre eux. Les variétés d'effets tiendraient à des interférences.

L'excitation du tronc nerveux isolé qui passe au voisinage de l'embouchure de la veine cave inférieure de l'oreillette dans le ventricule, a pour résultat non l'arrêt, mais le renforcement des contractions. William, de même que Tigerstedt et Johannson ont constaté que les systoles ventriculaires chez le lapin étaient renforcées, quoique ralenties par une faible excitation du vague. On reviendrait ainsi à l'ancienne idée que le vague serait un nerf moteur ordinaire et non un nerf modérateur.

DASTRE.

Ueber die Blutbewegung in den menschlichen Arterien (Mouvement du sang dans les artères de l'homme), par J. L. HOORWEG (*Archiv für die gesammte Phys., XLVII, p.* 439).

L'auteur (1889) a contesté l'existence d'une onde réfléchie à la périphérie. Hürtle (1890) a exprimé la même opinion; V. Frey et Krehl (1890) l'ont combattue. Hoorweg examine au point de vue critique ces expériences et celles antérieures de Fick et de V. Kries. La méthode de Fick consiste à enregistrer la courbe pléthysmographique des changements de volume du bras de l'homme, à en déduire par des considérations mathématiques la courbe des vitesses et à admettre l'existence d'une onde réfléchie lorsque cette dernière, comparée à la courbe des pressions, montre la simultanéité d'une augmentation de pression et d'une diminution de vitesse. Le principe est irréprochable : l'application insuffisamment précise. — V. Kries (1887) a eu recours à une autre méthode. Il a mis le pléthysmographe en rapport avec un bec de gaz : les mouvements de la flamme dont la vitesse est celle même du courant sanguin, sont enregistrés photographiquement. Ses conclusions relatives à l'onde réfléchie sont défectueuses à la fois pratiquement et théoriquement. La méthode de V. Frey et Krehl est plus directe : elle consiste à enregistrer les pressions artérielles au moyen d'un manomètre à transmission, simultanément en deux points et à comparer les courbes. L'auteur incrimine les mouvements propres dus à l'inertie du levier. Il fait remarquer que tous les graphiques de pression, de volume, de vitesse, concordent en ce que les ondulations commencent, naissent au même moment; les sommets, les maxima seuls s'écartent les uns des autres, et cet écart ne prouve nullement des ondes réfléchies, mais s'explique par des causes multiples. Accessoirement, l'auteur rappelle que le cœur ne se vide qu'incomplètement à chaque systole et que l'ondée sanguine mesure environ 43 centimètres cubes chez l'homme. DASTRE.

Sur l'augmentation considérable du nombre des globules rouges dans le sang chez les habitants des hauts plateaux de l'Amérique du Sud, par F. VIAULT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *décembre* 1890).

Un des premiers effets produits par le séjour de l'homme sur les hautes montagnes consiste dans l'exagération de la fonction normale de l'hématopoièse; le nombre des globules rouges, par millimètre cube de sang, du chiffre normal de 5 millions passe successivement à 7 millions après quinze jours de séjour, à 8 millions après trois semaines. Une jeune chienne a présenté 9 millions de globules; chez le lama, mammifère camélien de ces plateaux, le chiffre normal est de 16 millons. C'est donc par une aug-

mentation des éléments respiratoires du sang que l'homme et les animaux peuvent vivre dans l'atmosphère raréfiée de ces lieux élevés.

M. DUVAL.

De l'action excitatrice et inhibitoire du nerf en dessèchement sur le muscle, par N. WEDENSKY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 22 *décembre* 1890).

Le nerf moteur soumis à la dessiccation lente provoque dans le muscle des réactions réparties en trois stades, savoir : premier stade : secousses musculaires faibles et rares, puis plus fortes et plus fréquentes ; second stade : tétanos permanent ; troisième stade : relâchement de plus en plus complet.

Ce relâchement du troisième stade n'est pas dû à l'épuisement du muscle, car, si le choc induit appliqué au muscle pendant ce stade ne produit rien, il suffit de couper toute la partie desséchée du nerf pour que les chocs induits donnent à l'instant même de fortes secousses et gardent leur action excitatrice durant un temps très long. Ce relâchement n'est pas dû non plus à ce qu'alors le nerf n'exerce plus d'action sur le muscle, car en refroidissant la partie non desséchée du nerf, on voit le muscle entrer de nouveau en tétanos. L'auteur en conclut que le nerf desséché, dans ce troisième stade, envoie encore au muscle des excitations, et même des excitations plus fortes que dans le deuxième stade, lesquelles ont pour effet de faire tomber le muscle dans un état particulier d'arrêt.

M. DUVAL.

L'élasticité active du muscle et l'énergie consacrée à sa création dans le cas de contraction statique. — L'élasticité active du muscle et l'énergie consacrée à sa création, dans le cas de contraction dynamique. — Participation des plaques motrices terminales à la dépense d'énergie qu'entraîne la contraction musculaire. Influence exercée sur l'échauffement du muscle par la nature et le nombre des changements d'états qu'elles excitent dans le faisceau contractile, par A. CHAUVEAU (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 7, 15 *et* 21 *juillet* 1890).

Le muscle en contraction statique représente un organe doué d'une élasticité parfaite, et c'est cette force élastique qui fait équilibre aux charges soutenues par le muscle contracté. On peut donc en considérer la création comme une forme transitoire de l'énergie mise en œuvre par la contraction musculaire, énergie qui a pour origine la force vive développée par les combustions ou autres métamorphoses chimiques intramusculaires, et qui passerait dans le muscle par la forme de force élastique avant d'être restituée au monde extérieur sous la forme de chaleur sensible. En expérimentant sur le muscle biceps, chez l'homme, et en mesurant l'échauffement musculaire, indice de la dépense d'énergie, on constate que le travail statique (soutien d'une charge) met en mouvement d'autant plus d'énergie que le muscle accomplit ce travail sous un raccourcissement plus prononcé. Par exemple le soutien d'une charge dépensant 1et 2 d'énergie quand le muscle est raccourci comme 1 et 2, en dépense 10 unités si l'organe se raccourcit comme 10.

Dans le cas de contraction dynamique, la force élastique employée à faire équilibre aux résistances constituées par les charges que le raccour-

cissement ou l'allongement musculaire font monter ou descendre d'un mouvement uniforme, représente sensiblement la moyenne de l'élasticité active possédée par le muscle maintenu en contraction statique dans les positions extrêmes entre lesquelles s'accomplissent les changements de l'organe.

Cependant l'expérience montre que l'échauffement produit par la contraction dynamique est un peu supérieur à cette moyenne, et que ce déficit provient uniquement de la phase négative de ce travail (période de détente du poids.) On ne peut expliquer ce résultat que par l'intervention d'une cause intercurrente agissant inégalement, à côté de la cause fondamentale, permanente (création de la tension élastique du tissu musculaire), et cette cause intercurrente ne peut être que l'excitation originelle de la contraction, c'est-à-dire le travail physiologique des plaques nerveuses terminales. Évidemment ce travail doit varier, ainsi que l'échauffement qui en est la conséquence, dans la contraction statique où il doit être simple, uniformément prolongé, dans le cas de travail musculaire extérieur positif, où il doit être répété en séries croissantes, et enfin, dans le travail négatif, où il doit aller en décroissant. De plus, s'il est vraisemblable que les excitations répétées en séries croissantes par les plaques nerveuses, dans le muscle en travail positif, dépensent plus d'énergie et mettent ainsi en liberté plus de chaleur sensible, si, en un mot, l'excitation variable dépense plus d'énergie que l'excitation uniforme, par suite la répétition des excitations variables transmises à un muscle employé à un travail moteur, d'une durée déterminée, doit augmenter l'échauffement et l'accroître proportionnellement au nombre des excitations, et, en effet l'expérience de contrôle montre que l'échauffement manifeste une tendance très marquée à s'élever avec le nombre des mouvements de raccourcissement et d'allongement qu'exécute le muscle, c'est-à-dire avec la multiplication des excitations qui provoquent ces mouvements, autrement dit avec le travail physiologique des plaques motrices terminales. M. DUVAL.

Ein Beitrag zur electrischen Reizung des quergestreiften Muskels von seinen Nerven aus (Contribution à l'excitation électrique du muscle strié par l'intermédiaire de son nerf), par J. SCHOTT (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 354).

La loi de Du Bois-Reymond, que ce n'est point l'intensité du courant électrique qui agit pour exciter, mais les changements rapides de cette intensité, n'est vraie que pour les appareils, muscles et nerfs à fonctionnement rapide (grenouille). Elle ne s'applique plus aux muscles du crapaud, non plus qu'aux appareils à fonctionnement lent, muscles lisses, muscles d'invertébrés. Le temps physiologique est long et ils sont excitables par des courants qui varient lentement. DASTRE.

Effet de la fatigue sur la contraction musculaire volontaire, par Warren LOMBARD (*Archives italiennes de Biologie*, *XIII*, *p.* 371, 1890, *et American Journal of Psychology*, *janvier* 1890).

L'auteur, opérant au moyen de l'ergographe de A. Mosso, a observé des variations considérables et rapides dans le développement de la

force musculaire volontaire. Ces variations périodiques ne dépendent point de changements dans la nutrition du muscle, ni de variation dans l'excitabilité des nerfs, du muscle ni des terminaisons nerveuses, puisque lorsque la volonté ne peut plus faire contracter le muscle, l'excitation électrique le peut. Ces phénomènes de phases périodiques sont dus à des mécanismes centraux interposés entre le cerveau et les nerfs moteurs.

DASTRE.

Photographische Darstellung der mechanischen... (Inscription photographique des changements électriques et mécaniques qui se produisent dans le muscle pendant la période latente), par J. BURDON SANDERSON (*Centralbl. f. Physiologie, IV, p.* 185, 1890).

Burdon Sanderson obtient une inscription photographique simultanée de la variation négative (au moyen de l'électromètre de Lippmann) et du gonflement (phénomène mécanique de la contraction musculaire) des muscles gastrocnémien et couturier de la grenouille. Il constate que la durée de la période latente est exactement la même pour les deux phénomèmes, c'est-à-dire d'environ 0,0025 (la moitié de la valeur 0,005 admise par Tigerstedt et par Yeo).

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Eiweisszersetzung bei gleicher Nahrung (Influence du travail musculaire sur la destruction de l'albumine, dans le cas de régime alimentaire constant), par Otto KRUMMACHER (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVII, p.* 454).

Les études d'Argutinsky ont rendu vraisemblable qu'à un accroissement de travail musculaire répond une augmentation de destruction de l'albumine. L'auteur se soumet pendant 14 jours à un régime constant, constitué par 300 grammes de viande maigre, 666 centimètres cubes de lait (la provision des 14 jours était conservée stérilisée), 100 grammes de riz, 100 grammes de biscuit sec, 41 à 43 grammes de sucre de cannes, 10 grammes de graisse, 500 centilitres de vin et 60 centimètres cubes d'une solution concentrée de chlorure de sodium. — On a analysé d'avance cette ration, au point de vue de l'azote et de la teneur en graisse. L'urine était recueillie et analysée par 24 heures ; les excréments pour plusieurs jours. Le travail musculaire consistait dans l'ascension d'une montagne. Les analyses montrent qu'il y a eu une excrétion d'azote plus grande à la fois par les fèces et par l'urine le jour de travail musculaire que les autres jours. L'excès d'azote excrété a été, dans la première série de recherches, de $4^{gr},326$ correspondant à un travail de 77,363 kilogrammètres et à une quantité d'albumine détruite de $43^{gr},33$. — Résultats analogues dans la seconde série.

DASTRE.

Ueber die Verdaulichkeit des Leimes (Sur la digestibilité de la gélatine), par F. KLUG (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVIII, p.* 100).

Les auteurs ont signalé une modification de la gélatine qui, en présence du suc gastrique, se modifie et perd sa faculté de se prendre en gelée. Klug reprend cette étude et il recherche également l'action du suc pancréatique.

On peut distinguer la gélatine de l'albumine en ce que le précipité

picrique se dissout à chaud, donne la réaction du biuret, ne précipite ni ne jaunit par l'acide azotique. Le chlorure de sodium, le sulfate d'ammoniaque, les sels biliaires donnent avec l'acide picrique des précipités qui se redissolvent à chaud. L'analyse élémentaire a donné C = 42.45 H = 7.00 Az = 15.61 O et S = 34.64.

Cette gélatine est digérée par le suc gastrique et le suc pancréatique de l'homme, du chien, du porc; par le suc pancréatique du bœuf, mais non par le suc gastrique du veau. 100 grammes de suc gastrique artificiel d'homme, de chien, de porc ont digéré en trois heures respectivement 2.90 — 3.47 — 3.35 de fibrine et 1.69; — 2.59; — 2.24 de gélatine sur 10 grammes de chaque. La digestion était complète en dix heures. 100 grammes de suc pancréatique artificiel d'homme, chien, porc, veau, ont digéré en 4 heures respectivement 1.30 — 1.11 — 0.92 — 1.11 de fibrine (5 grammes) et 3.00 — 1.30 — 2.19 — 1.52 de gélatine.

Les produits de la digestion gastrique sont des glutoses, intermédiaires par leurs propriétés entre la gélatine et la gélatine-peptone, comme les albumoses le sont entre l'albumine et l'albumine-peptone. Elles sont précipitables par le sulfate d'ammoniaque, solubles dans l'eau. Cette solution, précipitée par le chlorure de sodium, donne la protoglutose. — Le filtrat correspondant traité par l'acide acétique à 30 0/0 et la solution concentrée de chlorure de sodium donne un nouveau précipité, la deutéroglutose. Ces corps ne peuvent pas être débarrassés par la dialyse prolongée, d'une grande quantité de sulfate d'ammoniaque qu'ils retiennent. — L'auteur fait connaître les propriétés de ces glutoses. Aussi pures qu'on peut les obtenir par l'alcool, elles renferment C = 40.06; H = 7.02; Azote = 15.86; O et S = 37.06, ce qui permet de les considérer comme des hydrates de gélatine. La partie qui a échappé à la digestion est de l'apoglutine. Klug en fait connaître les propriétés et la composition.

Les glutoses et la gélatine elle-même, sous l'action du suc pancréatique, donnent de la gélatine-peptone (glutine-peptone). — Les glucoses et la glutine-peptone correspondant sensiblement à la semi-glutine et à l'hémicolline de Hoffmeister. La gélatine, ainsi que l'ont démontré Voit et Bischoff (1860) ne peut remplacer l'albumine dans l'alimentation, mais elle peut l'épargner. Lehmann (1885) a vu que des rats nourris exclusivement avec de la gélatine et de la tyrosine mouraient entre le 47e et le 90e jour.

L'organisme n'utilise pas la gélatine introduite dans le sang. On peut la retrouver, pendant une heure, soit dans le sang, soit dans l'urine. Les glutoses sont dans le même cas. Les produits de la digestion de la gélatine sont vraisemblablement dédoublés dans le foie. Hoffmeister pense que les leucocytes s'emparent des peptones, et jouent par rapport à l'aliment albumine le même rôle que les globules rouges par rapport à l'aliment oxygène. D'après Neumeister, les albumoses se comporteraient de même et de même aussi les produits de la digestion de la gélatine. Ceux-ci s'emmagasinent probablement à l'état de collagènes dans le tissu conjonctif, comme la graisse dans le tissu adipeux, et les hydrates de carbone dans le foie. DASTRE.

Ueber die Resorption von Fetten... (Sur la résorption des graisses et des acides gras solides lorsqu'on empêche la bile d'arriver dans l'intestin), par I. MUNK (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXXII, Heft* 2).

Munk a fait une série d'expériences sur l'absorption de la graisse sur un chien pourvu d'une fistule biliaire. Soumettant l'animal à la ration d'entretien, il le nourrit : 1° avec de l'axonge; 2° avec les acides gras de l'axonge; 3° avec de la graisse de mouton; 4° avec les acides gras de la graisse de mouton; 5° avec la quantité double d'axonge; 6° avec la quantité double des acides gras d'axonge.

L'analyse des excréments donna les résultats suivants : l'absorption de l'axonge est diminuée, ce qui confirme les recherches antérieures. L'ingestion de petites quantités de cette graisse produit une résorption dans la proportion de 67 0/0; celle d'une quantité double de graisse donne lieu à une résorption de 64 0/0. L'absence de bile dans l'intestin diminue l'absorption de la graisse d'un tiers environ, qu'on ingère des quantités faibles ou fortes de graisse; on voit, cependant, que dans ce dernier cas, la quantité absorbée est augmentée au point de vue de la résorption absolue.

Les acides gras de l'axonge sont absorbés aussi bien et même mieux en l'absence qu'en présence de la bile. Ce seraient donc les graisses neutres dont la résorption se ferait plus difficilement en l'absence de la bile. Il est probable que dans ce dernier cas la graisse neutre subit, sous l'influence du suc pancréatique, une décomposition moindre en glycérine et en acides gras.

Un autre résultat important découle de ces expériences : la graisse de mouton ingérée, même en quantités peu notables, subit une absorption très faible dans le cas de fistule biliaire. A l'état normal, la graisse de mouton est absorbée dans la proportion de 90 0/0. Ce fait porte à admettre que la bile sert principalement à l'absorption des graisses fusibles à température relativement élevée. Il convient d'ajouter que les acides gras de la graisse de mouton sont résorbés en plus forte proportion que les graisses neutres, de la même façon que les acides gras des graisses qui sont fusibles à température moindre. ÉD. RETTERER.

Ueber Verdauung von Rind-und Fischfleisch bei verschiedener Art der Zubereitung (Digestion de la viande de bœuf et de poisson selon leur mode de préparation), par M. POPOFF (*Zeitschrift für phys. Chemie, XIV, p.* 524).

Ces viandes sont plus digestibles à l'état cru qu'à l'état cuit. La cuisson diminue la digestibilité, particulièrement pour la viande de poisson. Plus la cuisson est prolongée, plus cet effet s'accentue. A égalité de préparation, le bœuf se digère mieux que le poisson. Le poisson fumé se peptonise facilement, plus aisément qu'à l'état cru ou cuit. Au contraire le bœuf fumé se peptonise plus difficilement. DASTRE.

Ueber die Einwirkung des künstlichen Magensaftes auf Essigsäure-und Milchsäure Gährung (Action du suc gastrique artificiel sur les fermentations acétique et lactique), par E. HIRSCHFELD (*Archiv für die gesammte Physiol., XLVII, p.* 510).

L'auteur se procure des cultures pures du bacille lactique étudié par

Hüppe et il ensemence avec le liquide qui les tient en suspension un milieu lactique (eau, peptone, lactose, phosphate de potasse, sulfate de magnésie, chlorure de calcium), auquel on a ajouté du suc gastrique artificiel. On apprécie l'activité de la fermentation en dosant l'acide lactique ou le lactose détruit. On constate une interversion du sucre de lait rapide au début, lente ensuite. De faibles quantités d'acide chlorhydrique (1 à 2 millièmes) ralentissent énergiquement la formation d'acide lactique au début. Ensuite la formation repart. Avec des doses moyennes 3 à 4 0/0 l'activité des bactéries est encore plus abaissée. Avec 7 à 8 0/0 il y a arrêt. La pepsine en elle-même n'a pas d'effet sur la fermentation lactique : ajoutée à l'acide chlorhydrique elle en favorise l'effet. Les cultures et le lait acidifié se comportent de la même manière. La présence de divers phosphates mono ou biphosphates, n'a pas d'influence. L'acide phosphorique arrête la fermentation lactique à la dose de 2 à 2,25 0/0. Le bacille de la fermentation lactique est également très sensible à l'action de l'acide lactique qu'il a formé lui-même. On arrive à des résultats analogues en étudiant la fermentation acétique de l'alcool. DASTRE.

Beiträge zur Physiologie der Magendrüsen (Glandes gastriques), par P. FRÄNKEL (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVIII*, *p.* 63, 1890).

Heidenhain et Rollett (1871) ont constaté que les glandes du cul-de-sac gastrique étaient composées de deux espèces différentes de cellules : les cellules principales peptiques et les cellules bordantes acidogènes. Ce fait, confirmé par Grützner et Ebstein, devenu classique enfin, a été exagéré en 1876 par Swiecicki. L'auteur reprend les expériences de cet observateur. Il constate comme lui que l'œsophage de la grenouille contient de la pepsine et, en contradiction avec lui, que l'estomac en produit aussi, à l'état de propepsine insoluble dans l'eau, mais soluble dans les acides et les sels; et aussi que les cellules délomorphes de l'estomac peuvent sécréter à la fois pepsine et acide, tandis que celles de l'œsophage ne produisent que de la pepsine. L'auteur a injecté, chez le chien, dans la veine jugulaire, de la fuchsine acide de Weigert, neutralisée. La muqueuse de l'estomac se montre colorée en rouge intense : l'œsophage reste blanc. Les deux espèces de cellules étaient également colorées, tandis que l'épithélium cylindrique et la substance intermédiaire ne l'étaient pas. La fuchsine acide décolorée se recolore en rouge avec tous les acides, les phosphates acides, le tartrate d'ammoniaque, etc. La réaction de la muqueuse gastrique est donc acide. L'acide se forme dans les cellules peptiques. On ne peut pas attribuer la sécrétion de l'acide à l'une ou l'autre espèce de cellules isolément. L'auteur donne enfin un procédé pour obtenir une double coloration des deux espèces de cellules de l'estomac. DASTRE.

Neue Versuche zur Physiologie des Darmkanals (Nouvelles recherches sur la physiologie du canal intestinal), par W. EHRENTHAL (*Archiv fur die gesammte Physiol.*, *XLVIII*, *p.* 74).

Hermann (*Pflüger's Archiv*, Band 46) a montré qu'une portion d'intestin, séparée, fermée sur elle-même, tandis que la continuité du reste se rétablit, ne tarde pas à se remplir de produits particuliers qui re-

présentent une véritable sécrétion fécale de l'intestin. Ses élèves ont repris cette question en observant des chiens préparés de cette manière, ou des chiens ayant un anus artificiel, ou enfin des chiens à fistule biliaire. On constate que cette excrétion fécale est surtout composée d'épithélium intestinal desquamé, à quoi il faut ajouter la sécrétion intestinale épaissie par résorption aqueuse, et des cristaux de carbonate de chaux. L'auteur essaye d'en apprécier la quantité, la composition microscopique et l'origine. En somme, l'intestin intervient pour une bonne part dans la production des matières fécales, par sa sécrétion, par sa desquamation épithéliale. DASTRE.

Ueber die Wirkung des constanten Stromes auf die Darmmusculatur (Effet du courant constant sur la musculature de l'intestin), par Carl LÜDERITZ (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVIII*, *p.* 1).

Schillbach (1887) a annoncé que le courant de fermeture déterminait au pôle négatif des contractures locales de l'intestin du lapin et au pôle positif des contractures peristaltiques. Biedermann (1889) déclare que les muscles longitudinaux (courant de fermeture) sont excités seulement au pôle négatif et les muscles annulaires au pôle positif. Fürst (1890) a vu que le pôle positif exerce un effet inhibitoire sur les muscles longitudinaux et transversaux, chez les animaux invertébrés. L'auteur, de son côté, excite l'intestin des animaux à sang chaud, lapins, cobayes, chats, au moyen du courant continu. Outre les contractures limitées à la place excitée, différentes au pôle positif et au pôle négatif, il se produit un processus de mouvement qui se propage. Il faut pour le produire des intensités de courant plus grandes et quelquefois il peut faire défaut. Il apparaît presque exclusivement par la fermeture du circuit, et aussi bien au pôle positif qu'au pôle négatif. L'effet est pourtant plus marqué au pôle négatif. Chez le lapin et le cobaye, ce processus consiste en une contraction de la musculture longitudinale qui s'étend sur une longueur de plusieurs centimètres au delà et en deçà du point excité. A celle-ci se joint une contraction de la musculature transversale qui se propage du côté du pylore. Chez le chat il se produit une contraction de la musculature transversale s'étendant également loin des deux côtés ou plus loin du côté du pylore. DASTRE.

Zur Physiologie der Niere (reins), par Ad. SCHMIDT (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVIII*, *p.* 34).

Heidenhain a fait connaître le rôle de l'épithélium urinaire; Munk, Senator et Nussbaum ont à peu près résolu la question de savoir quelles sont les parties de cet appareil qui concourent à l'élimination de tel ou tel produit normal ou anormal. On connaît moins bien les lois et conditions de l'activité sécrétoire des diverses cellules. Pourquoi l'indigo carmin est-il éliminé par l'épithélium des tubes contournés et le carmin par celui du glomérule? L'auteur s'attache à résoudre cette question. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Einfluss des Chlornatriums auf die chemische Zusammensetzung des Gehirns (Influence du chlorure de sodium sur la composition chimique du cerveau), par Ivo NOVI (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVIII*, *p.* 320, 1891).

Les injections de chlorure de sodium en solution à 10 0/0 dans le bout périphérique de la carotide déshydratent l'écorce cérébrale. Si la quantité injectée atteint 2 à 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal, et que les injections soient répétées fréquemment, la perte d'eau peut atteindre 5 0/0 de la masse cérébrale.

Il y a échange entre le sodium de la solution et le potassium du tissu nerveux, de sorte que la somme des deux métaux reste sensiblement constante, entre 52 et 64 0/0 pour la substance grise. Il y a augmentation de la teneur en chlore.

Le sang veineux prend une teinte rouge claire. Le tissu musculaire reste longtemps excitable. DASTRE.

Sur la propriété qu'ont les sels de fer et certains sels métalliques d'empêcher la coagulation du sang, par G. GAGLIO (*Archives italiennes de Biologie*, *XIII*, *p.* 487, 1890, *et Bollettino delle scienze mediche di Bologna*, *série VII*, *vol. I*).

Les lactate, tartrate, sulfate ferreux injectés à la dose de 5 décigrammes par kilog. d'animal empêchent la coagulation du sang. Le sang extrait est de même empêché de se coaguler avec une solution à 1 0/0 de sel ferreux. De même le tartrate de cuivre, le chlorure de manganèse, le citrate double de manganèse et de sodium, le citrate double de nickel et sodium, le chlorure de cobalt, le tartrate double de plomb et de sodium, l'albuminate de mercure.

Le fer entrerait en combinaison avec le fibrinogène et la paraglobuline. Tous les albuminoïdes du sang retiennent aussi le fer. Ces combinaisons ne sont pas aussi toxiques que les sels eux-mêmes. DASTRE.

Zur Erkennung von Kohlenoxydblut, par M. RUBNER (*Zeitschrift für analytische Chemie*, *XXX*, *p.* 112).

On agite dans un tube à essai pendant une minute un mélange de sang avec trois fois son volume de sous-acétate de plomb : le sang normal prend une coloration brunâtre qui s'accentue par le repos et passe peu à peu au brun chocolat ; le sang oxycarboné au contraire se colore en un beau rouge. On peut apprécier par cette méthode la présence de l'oxyde de carbone dans un mélange de 8 ou 9 parties de sang normal avec 1 partie de sang oxycarboné. AD. F.

Ueber Zuckerbestimmung im Blute (Détermination du sucre dans le sang, par F. SCHENCK (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 621).

Lorsqu'on ajoute du glucose au sang, au sérum, à des solutions d'albuminoïdes, après coagulation, l'on n'en retrouve qu'une portion dans le filtrat. Pour déterminer le sucre dans le sang, le sérum, etc., Schenck procède de la manière suivante : il précipite les albuminoïdes par la liqueur de Brücke et l'acide chlorhydrique. On filtre. On se débarrasse du mercure par un courant d'hydrogène sulfuré. On filtre de nouveau. Du filtrat, dont on prélève une partie, on chasse l'hydrogène sulfuré en excès par un courant d'air. La liqueur est neutralisée puis réduite par évaporation de manière à atteindre une teneur en sucre d'environ 5 0/00. Le même résultat peut être obtenu en ajoutant une quantité déterminée d'une solution de sucre pur. On fait ensuite le titrage avec le réactif de Knapp.

L'auteur s'assure que cette méthode donne seulement une erreur comprise entre 4 et 11 0/00. Ceci posé, pour décider si le sucre est combiné aux albuminoïdes, on met la matière dans un dialyseur, et de l'autre côté, de l'eau sucrée. On recherche si le sucre est également réparti ou non dans les deux compartiments.

Il résulte des déterminations de l'auteur que le sucre est en simple dissolution dans le sang et dans le sérum. Le déficit observé dans le filtrat après coagulation tient à une rétention mécanique. Mais les lavages répétés après broiement ne suffisent pas à l'extraire. DASTRE.

Sur une nouvelle méthode hémato-alcalimétrique et sur l'alcalinité comparée du sang des vertébrés, par René DROUIN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 1er *décembre* 1890).

Grâce à certaines précautions dont il ne donne pas les détails opératoires, l'auteur arrive à effectuer sur 1cc,5 de sérum, quantité que l'on obtient facilement chez l'homme par la simple piqûre du doigt, les dosages hémato-alcalimétrique et hémato-acidimétrique. Le tableau, dans lequel il résume les résultats de ses expériences, montre que l'ordre de l'alcalinité croissante du sérum correspond à l'ordre de l'échelle animale, ou, pour mieux dire, que l'alcalinité augmente corrélativement à l'activité des combustions respiratoires, comme si l'alcalinité du milieu, ainsi que la chimie pure en fournit de nombreux exemples, favorisait l'intensité des oxydations intérieures. M. DUVAL.

Ueber die Alkalescenz des durch Wirkung grosser Natrium sulphuricum Gaben verdichteten Blutes (Sur l'alcalescence du sang, concentré par l'action de fortes doses de sulfate de soude), par J. SWIATECKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XV*, *p.* 49).

La méthode employée par l'auteur pour déterminer l'alcalinité du sang consiste à disposer dans une série de vases des quantités mesurées d'une solution titrée d'acide oxalique à 1/200, variant d'un vase à l'autre de 0cc,5; dans chacun des vases ainsi préparés, on verse 5 centimètres cubes d'un mélange de 10 centimètres cubes du sang à examiner avec 90 centimètres cubes d'une solution de sulfate de soude à 10 0/0 (c'est-à-dire en réalité 0cc,5 de sang) et on examine ensuite au

tournesol la réaction de chacun des liquides ainsi obtenus. Si de deux vases qui se suivent l'un renferme un liquide acide et l'autre un liquide alcalin, on considère ce dernier comme neutre. L'alcalinité ainsi mesurée est ensuite évaluée en soude (Na OH.).

Les expériences de l'auteur ont porté sur le chien. Il détermine d'abord l'alcanité du sang de l'animal, puis lui administre, soit par les voies digestives, soit par injection dans le péritoine, une forte dose de sulfate de soude ; il attend 24 heures pour laisser se produire l'effet du sel, en maintenant pendant ce temps l'animal à la diète, et procède enfin à une nouvelle détermination de l'alcalinité du sang. Il a soin de déterminer, parallèlement à l'alcalinité, le nombre des globules.

Les chiffres cités par l'auteur semblent montrer que l'alcalinité du sang total ne varie pas en valeur absolue, malgré la concentration qu'il a subie. Mais en tenant compte par le calcul du volume occupé dans le sang par les globules avant et après l'administration du sulfate de soude, l'auteur arrive à formuler cette conclusion que l'alcalinité du plasma augmente par la concentration qu'il a subie; et il admet, pour expliquer ce fait, que les acides du sang transsudent plus vite dans le tube digestif que les alcalis du même liquide. AD. F.

Beiträge zur Chemie des quergestreiften Muskels (Contribution à la chimie du muscle strié), par R. BLOME (*Archiv für exper. Pathol. und Pharmakol.*, *XXVIII*, *p.* 113).

La coagulation de la myosine, quand survient la rigidité cadavérique, est un fait établi. De même la réaction acide du muscle, après un travail énergique et dans la rigidité. On a essayé de rattacher la rigidité et par conséquent la coagulation de la myosine à la production de l'acide sarcolactique, tandis que le muscle au repos aurait une réaction amphotère ou alcaline. On a attribué l'acide lactique à une fermentation du glucose, qui, d'après Nasse, augmente dans le muscle rigide, tandis que le glycogène y diminue. Mais on ne connaît pas de ferment de ce genre dans le muscle et on n'a pas reproduit de réaction analogue fournissant de l'acide sarcolactique aux dépens du muscle, malgré les travaux de Scherer (1850), de Wohl (1876), de Maly (1874), de Nencki et Sieber (1874). — Une seconde opinion, c'est que le glycogène serait la source de cet acide lactique. R. Boehm a toutefois signalé l'existence d'une rigidité complète sans changement dans la teneur du glycogène, si l'on se met à l'abri de la putréfaction; d'autre part, chez les animaux inanitiés, les muscles rigides présentent très peu de glycogène et contiennent beaucoup d'acide.

On est amené à une troisième supposition : que l'acide du muscle rigide ne vient ni du glucose, ni du glycogène, mais est le produit du dédoublement d'un albuminoïde, ce dédoublement donnant naissance à un corps azoté soluble dans l'alcool qui n'existerait point dans le muscle frais. Cette supposition est facile à vérifier. Il suffit de déterminer la teneur en azote de l'extrait alcoolique du muscle avant et après la rigidité cadavérique. C'est ce que l'auteur a essayé de faire sous la direction de R. Boehm. L'extrait alcoolique est analysé par la méthode de Kjeldahl dans le ballon même où il a été recueilli. On trouve ainsi que

pour le muscle frais la quantité d'azote de l'extrait alcoolique varie entre 3.83 et 4.71 0/00 du muscle frais : la moyenne est de 4.19 0/00. Pour le muscle rigide, on trouve 3.80 et 4.82, et comme moyenne 4.22. La différence est insignifiante. La détermination de l'azote est faite également dans le résidu épuisé par l'alcool, qui en contient environ dix fois plus que l'extrait alcoolique. En tout, on trouve 3.59 0/0 de muscle frais. Ce nombre s'approche de ceux de Voit, 3.4; de Petersen, 3.27; de Huppert, 3.3; d'Almén, 3.2; de Nowak, 3.8. L'auteur a déterminé le degré d'acidité de l'extrait alcoolique au moyen de la phénolphtaléine, avant d'analyser l'azote. Les recherches ont montré que dans la rigidité cadavérique il ne s'est point formé d'acides, et le muscle frais contient exactement autant d'acides que le muscle rigide. — Le muscle frais aurait d'ailleurs une réaction acide; c'est ce que l'on commence à admettre, contrairement à l'hypothèse de Du Bois-Reymond, et ce que l'on peut constater avec la phtaléine sur l'extrait aqueux du muscle frais. DASTRE.

Ueber eine neue quantitative Methode zur Bestimmung der freien Salzsäure des Magensaftes (Sur une nouvelle méthode de dosage de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique), par Ad. JOLLES (*Monatshefte für Chemie, XI, p.* 472-482).

La méthode proposée par l'auteur est basée sur ce fait que les solutions d'éosine, neutres, alcalines, ou acides par les acides organiques, sont fluorescentes et présentent au spectroscope un spectre d'absorption formé de deux bandes dans le vert bleu : spectre et fluorescence disparaissent en présence d'une petite quantité d'un acide minéral libre.

La méthode se réduit donc à un dosage acidimétrique, en employant comme indicateur une solution d'éosine, en opérant dans un vase à faces parallèles, et en observant au spectroscope la fin de la réaction. Au nombre de centimètres cubes d'acide trouvés, il faut ajouter un chiffre correspondant à la quantité d'acide nécessaire pour produire la neutralité optique de l'éosine employée : ce chiffre est constant si l'on opère toujours avec la même quantité de matière colorante et si l'on observe toujours le liquide sous une même épaisseur; on le détermine expérimentalement une fois pour toutes. Si l'on emploie pour 100 centimètres cubes de liquide, 1 centimètre cube d'une solution d'éosine à 0,1 0/00, et si on effectue les observations sous une épaisseur de 4 centimètres, ce chiffre est égal à 20 milligrammes.

L'auteur donne en terminant les résultats d'une série de déterminations effectuées par cette méthode dans des mélanges artificiels renfermant de l'acide chlorhydrique, du chlorure de sodium, de l'acide butyrique, de l'acide acétique, de l'acide lactique, de l'albumine, de la pepsine et de la peptone : les chiffres obtenus sont en général un peu trop forts, de quelques milligrammes. AD. F.

Ueber fettspaltende Fermente im Pflanzenreiche (Ferments capables de saponifier les graisses, dans le règne végétal), par M. W. SIGMUND (*Monatshefte für Chemie, XI, p.* 272).

Les graines de colza, de ricin, de pavot, de chanvre, de lin, de courge, de maïs, paraissent renfermer des ferments capables de saponifier les

corps gras. En épuisant ces graines par la glycérine et en précipitant la solution glycérique par l'alcool, on obtient une substance dont la solution aqueuse, émulsionnée avec les graisses neutres, y détermine au bout de vingt-quatre heures la formation d'acides libres en quantités comparables à celles qui se produiraient pendant le même temps sous l'influence d'une infusion aqueuse de pancréas. AD. F.

Sur le ferment soluble de l'urée, par P. MIQUEL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 8 *septembre* 1890). — **Sur une nouvelle méthode du dosage de l'urée, DU MÊME** (*Ibidem*, 6 *octobre* 1890).

Dans du bouillon de peptone, stérilisé et additionné de carbonate d'ammoniaque, la culture de l'un des bacilles ferments actifs de l'urée donne un liquide chargé d'une diastase qui n'est autre chose que le ferment soluble de l'urée signalé par Musculus dans les urines ammoniacales. L'auteur a cultivé une quarantaine de micro-organismes urophages présentant des caractères morphologiques bien distincts, et produisant tous cette diastase.

En mélangeant à parties égales le bouillon diastasifère et la solution d'urée, prenant immédiatement un repère alcalimétrique, puis plaçant le mélange à l'étuve, on n'a qu'à faire, deux heures après, un second essai alcalimétrique pour connaître la quantité de carbonate d'ammoniaque produit, et par suite le poids de l'urée primitivement contenu dans la solution. M. DUVAL.

Ueber die Ausscheidung der Kalksalze im Urin.... (Elimination des sels de chaux par l'urine, spécialement au point de vue des variations relatives aux états de repos et de mouvement), par G. HOPPE-SEYLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XV*, *p.* 161-179).

L'auteur a dosé par la méthode de Neubauer la quantité de chaux éliminée en 24 heures par les urines chez les malades atteints d'affections très diverses. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

Chez les individus soumis au repos au lit pendant longtemps, la quantité de chaux éliminée subit en général une notable augmentation, qui n'est du reste que temporaire, le chiffre retombant progressivement au chiffre normal. Dans les maladies fébriles, il y a au contraire diminution de la chaux éliminée. Le traitement mercuriel paraît également augmenter la quantité de chaux éliminée par l'urine. AD. F.

Ueber Nachweis und Bestimmung von reducirenden Stoffen, Kohlenhydraten und Zucker in thierischen Flüssigkeiten (Recherche et détermination des substances réductrices, des hydrates de carbone et des sucres dans les liquides d'origine animale), par LUTHER (*Zeitschrift für analytische Chemie*, *XXIX*, *p.* 732).

E. Luther recherche les substances réductrices dans l'urine de la façon suivante : On mélange avec précaution une goutte d'une solution chloroformique d'α-naphtol à 10 0/0 avec un demi-centimètre cube d'acide sulfurique concentré : le réactif ainsi préparé présente une teinte jaune. On y laisse tomber une goutte de l'urine à examiner : il se produit au point de contact un anneau jaune qui passe bientôt au violet ; si l'on agite, le mélange prend une teinte rouge groseille avec une pointe de bleu.

Pour effectuer un dosage par cette méthode, on répète l'essai avec l'urine additionnée de quantités croissantes et connues d'eau, jusqu'à ce qu'après une agitation d'une minute on voit apparaître nettement la coloration rouge : à ce moment, le liquide en expérience renferme une quantité de matières réductrices correspondant à $0^{gr},02$ 0/0 de glucose; un liquide contenant 0,01 0/0 de glucose ne donne de coloration rosée qu'au bout d'un temps beaucoup plus long. AD. F.

Die Bestimmung der Zuckerarten mit Kupferkaliumcarbonatlösung (Dosage des sucres à l'aide de la solution de carbonate double de cuivre et de potassium), par H. OST (*Zeitschrift für analytische Chemie, XXIX, p.* 637).

L'auteur propose, pour effectuer le dosage des différents sucres réducteurs, de substituer à la liqueur de Fehling une solution renfermant par litre : sulfate de cuivre cristallisé, $23^{gr},5$; carbonate de potassium sec, 250 grammes ; bicarbonate de potassium, 100 grammes. Cette solution présente sur la liqueur de Fehling divers avantages, notamment ceux de se conserver sans altération, de décomposer moins profondément les sucres pendant la détermination, etc.

50 centimètres cubes de cette solution correspondent à : 100 milligrammes de sucre interverti, $102^{mg},5$ de dextrose, 99 milligrammes de lévulose et 117 milligrammes de galactose. AD. F.

Ueber die kupferoxyd-reducirenden Substanzen des Harns (Sur les substances de l'urine qui réduisent l'oxyde de cuivre à l'état physiologique), par Fritz MORITZ (*D. Arch. f. klin. Med., XLVI, Heft* 3-4, *p.* 217).

L'auteur s'est proposé en particulier de rechercher quelle méthode convient le mieux pour la démonstration dans l'urine de minimes quantités de sucre. Il s'est demandé aussi si le sucre se rencontre normalement dans l'urine.

A l'état normal les urines de 24 heures donnent lieu à une réduction du sulfate de cuivre qui correspondrait à 0.1 à 0.22 0/0 de sucre ; en moyenne 0.17 0/0. Chez la même personne, du reste, la proportion de cette réduction varie dans des limites étendues ; elle varie dans le sens même des échanges nutritifs, plus faible dans l'enfance et dans la vieillesse qu'à l'âge adulte. Elle augmente avec une alimentation abondante et diminue dans les périodes de jeûne; elle est constante avec une alimentation constante.

Cette réduction est proportionnée à la quantité des substances azotées éliminées par l'urine, mais plus particulièrement encore de la créatinine et de l'acide urique. Ces substances entrent pour 51 0/0 dans le pouvoir réducteur de l'urine.

A l'état pathologique, et en particulier au cours de la fièvre typhoïde, le pouvoir réducteur de l'urine se trouve considérablement augmenté. Il peut atteindre 0.465 0/0 en sucre. Les proportions avec les substances azotées, dans ces conditions, restent ce qu'elles sont à l'état normal. L'acide urique et la créatine ont ici encore la même influence.

F. Moritz considère le sucre de raisin comme faisant normalement partie de la composition de l'urine.

Il recommande pour rechercher de faibles quantités de sucre dans

l'urine de se servir de la fermentation par la levure de bière : il propose pour cela un dispositif très simple.

La glycosurie normale physiologique augmente notablement sous l'influence de l'ingestion de certaines substances, le vin de Champagne par exemple. Il importe donc de déterminer à quel moment la glycosurie cesse d'être physiologique pour devenir pathologique. A. MATHIEU.

Weitere Beiträge zur Kenntniss der Cystinurie (Nouvelle contribution à l'étude de la cystinurie), par L. von UDRANSKY et E. BAUMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XV, p.* 77-92).

Dans un précédent mémoire (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, XIII, 562) les auteurs ont annoncé qu'ils avaient rencontré d'une façon à peu près constante des diamines (tétraméthylène-diamine et pentaméthylène-diamine) dans les urines et dans les fèces d'un malade atteint de cystinurie.

Admettant qu'il y a une relation constante entre la production par l'organisme de la cystine et celle des diamines, ils ont cherché à produire artificiellement la cystinurie chez le chien par l'ingestion de diamines. Ils ont successivement employé l'éthylène-diamine, la tétraméthylène-diamine et la pentaméthylène-diamine, substances qui sont facilement supportées sans accident par le chien : ils ont constaté qu'on peut retrouver dans l'urine de l'animal quelques centièmes de la base employée, mais qu'on ne provoque jamais de cystinurie par ce procédé.

La tétra- et la pentaméthylène-diamine (putrescine et cadavérine) ayant été trouvées par Brieger parmi les produits de la vie de certaines bactéries, les auteurs ont supposé que les mêmes bactéries devaient également donner naissance à la cystine, et ils ont recherché si la pratique de l'antisepsie intestinale, qui doit faire disparaître ces bactéries, ne ferait pas en même temps disparaître la cystinurie. Ils ont essayé successivement de l'ingestion de salol, puis de soufre, et enfin du lavage de l'intestin chez leur malade cystinurique : ils ont constaté que ni les diamines ni la cystine ne diminuent d'une manière appréciable dans l'urine ou dans les fèces pendant le traitement. AD. F.

Beiträge zur Kenntniss der Cholesterins, par K. OBERMÜLLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XV, p.* 37-49).

Ce mémoire est consacré à la description d'un certain nombre d'éthers de la cholestérine, dont l'un présente une propriété qui permet de l'utiliser pour caractériser la cholestérine. Le propionate de cholestéryne, fondu et soumis au refroidissement, se colore successivement en violet, puis en bleu, en vert, en gris, en orangé, en rouge carmin et en rouge cuivre avant de cristalliser.

On applique cette propriété de la manière suivante : On commence par purifier la substance qu'on suppose renfermer de la cholestérine par les procédés ordinaires (dissolution dans l'éther, puis traitement à la potasse alcoolique pour saponifier les graisses), et on la chauffe ensuite dans un tube à essai avec quelques gouttes d'anhydride propionique : la masse fondue présente par refroidissement les colorations indiquées, si l'on a réellement affaire à de la cholestérine. AD. F.

Ueber die Harnsäure-und Stickstoff-Ausscheidung bei Leukæmie (Excrétion d'acide urique et d'azote dans la leucémie), par C. BOHLAND et H. SCHURZ (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 469).

Les auteurs rappellent les travaux antérieurs et contradictoires de Pettenkofer et Voit, Mosler, Reichard, Hoffmann, Jacubasch, Ch. Berell, Parkes, Bartels, Schultzen, Ranke, Salkowski, Schmutziger, Fleischer et Penzoldt et Sticker. Presque toujours, cependant, la quantité d'acide urique était accrue par rapport à la quantité d'urée. Dans le présent mémoire, ces études sont reprises sur trois leucémiques. On trouve une augmentation de la quantité absolue de l'acide urique excrété par le leucémique comparativement à l'individu normal : par exemple $0^{gr},68$ au lieu de $0^{gr},55$ par jour. Le rapport de l'azote urique à l'azote total qui est d'ordinaire 1/19 ou 1/21 s'est élevé ici à 1/9 et 1/12. DASTRE.

Das Lecithin in der Leber und sein Verhalten bei der Phosphorvergiftung (La lécithine dans le foie et sa manière d'être dans l'empoisonnement par le phosphore), par A. HEFFTER (*Archiv für exper. Path. und Pharmakol.* *XXVIII*, *p.* 97).

La diffusion de la lécithine dans les éléments susceptibles de développement des deux règnes oblige de lui attribuer un rôle dans la croissance et la vie des cellules. Mais on ignore si elle y sert par elle-même ou si elle est un produit de dédoublement en résultant. On ne sait pas non plus si elle provient des albuminoïdes ou des graisses.

L'auteur a recherché d'abord si la teneur en lécithine du foie subit de grandes variations ou bien se trouve dans un rapport déterminé avec la masse du foie ou celle du corps. Il rappelle les travaux de Leo, de Stolnikow, et indique sa méthode de détermination. C'est l'extraction par l'alcool, puis par l'éther et la détermination du phosphore après incinération. La quantité de lécithine du sang varie de 1,40 à 1,11 0/00. Le résultat a été que la lécithine existe en proportion constante dans le foie par rapport à la masse de celui-ci : soit 2,18 0/0 du tissu frais. — Le maximum a été de 3 0/0 et le minimum de 1,53 0/0. — On n'a pas pu saisir une influence de l'alimentation sur cette quantité. Chez les animaux à jeun, il y a diminution : 1,51 et 1,39 au lieu de 2,18. — La lécithine constitue au delà de la moitié de l'extrait éthéré du foie ; quelquefois les deux tiers.

Dans l'empoisonnement par le phosphore, contrairement à ce que l'on pouvait attendre, on note une diminution de la lécithine. Les rapports normaux entre le poids de la lécithine et celui du foie sont altérés. La lécithine ne paraît pas un produit intermédiaire entre les albuminoïdes et les graisses. Ce résultat est, du reste, contraire à ceux de Stolnikow et de Dastre. Chez des hommes empoisonnés par le phosphore, Heffter trouve 1,56 0/0 de lécithine au lieu de 2,1 0/0. DASTRE.

Quantitative Untersuchungen über die Resorption und Auscheidung des Quecksilbers bei innerlicher Verabreichung von Hydrargyrum salicylicum, par L. BŒHM (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XV*, *p.* 1-27).

Voici le principe de la méthode de recherche employée par l'auteur : On détruit d'abord la matière organique (urine, sang, matières fécales)

par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potassium; on chauffe ensuite la liqueur au bain-marie tant qu'elle perd du chlore, puis on la filtre sur du papier et on la fait couler très lentement, à raison de 50 gouttes par minute environ, sur une colonne de 30 centimètres de hauteur de cuivre métallique, préalablement réduit par l'hydrogène et placé dans un tube de 5 ou 6 millimètres de diamètre intérieur : cette filtration sur le cuivre est répétée quatre fois. Le cuivre est ensuite lavé à l'eau, à l'alcool, à l'éther, séché à l'air, puis chauffé au rouge dans un tube à combustion, en présence d'oxyde de cuivre et dans un courant d'oxygène : on a soin de faire passer les gaz et les vapeurs à leur sortie du tube à combustion dans un autre tube renfermant des feuilles d'or. On pèse enfin l'or amalgamé, puis on le chauffe au rouge dans un courant d'acide carbonique et on le pèse de nouveau : la perte de poids est égale au poids du mercure.

Bien que cette méthode paraisse devoir donner d'excellents résultats, l'auteur a constaté sur des mélanges faits d'avance d'urine et de sublimé corrosif, ou de matières fécales et de sublimé, qu'on obtient des résultats toujours trop faibles. La perte en mercure est en général de 5 ou 6 0/0 : dans certaines expériences, elle s'est élevée à 33 0/0.

L'auteur a analysé par cette méthode l'urine, le lait et les excréments d'une vache à laquelle il avait fait ingérer 1 gramme de salicylate de mercure en deux doses. Il a de même analysé l'urine, le contenu intestinal, le foie, le sang et la bile d'un chien tué par le chloroforme après injection de $1^{gr},5$ de salicylate de mercure. En rapprochant les chiffres obtenus de ceux qu'indiquent les divers auteurs qui ont étudié la résorption du mercure après l'emploi du calomel, il arrive à cette conclusion qu'après l'emploi du salicylate de mercure, la résorption, quoique très incomplète, est néanmoins sensible, et qu'elle paraît supérieure à celle qu'on a observée après l'ingestion de calomel à doses non toxiques.

AD. F.

In welcher Form wird das Eisen resorbit ? (Sous quelle forme le fer est-il résorbé ?), par C.-A. SOCIN (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XV*, *p.* 93-140).

Pour déterminer sous quel état le fer est assimilable, l'auteur avait songé à déterminer les variations que subit la teneur en fer de l'urine après l'ingestion des diverses préparations ferrugineuses. Il a tout d'abord constaté (par une méthode qui sera indiquée plus loin) que l'urine normale ne renferme que des traces impondérables de fer, qui peuvent même souvent faire complètement défaut. Après l'ingestion d'une certaine quantité de jaunes d'œufs (qui renferment, d'après Bunge, du fer à l'état de combinaison organique), il a vu la teneur de l'urine en fer s'élever jusqu'à 12 milligrammes.

Cette expérience semble prouver que le fer contenu dans le jaune d'œuf est assimilable ; malheureusement, l'auteur a trouvé dans deux de ses essais que la quantité de fer éliminée était supérieure à la quantité de fer ingérée, ce qui paraît assez difficile à expliquer.

Au cours de son travail, l'auteur a été amené à expérimenter sur des souris auxquelles il donnait une nourriture absolument exempte de fer,

et composée d'albumine, de graisses, de sucre et de sels minéraux. Il a constaté que des animaux soumis à cette nourriture artificielle meurent au bout d'un mois au maximum ; si l'on ajoute à leur alimentation du fer soit minéral (chlorure ferrique) soit organique (hémoglobine), le résultat est absolument le même ; seule l'addition aux aliments d'une certaine quantité de jaune d'œuf a pu prolonger de quelques jours la vie des animaux en expérience. Au contraire, des animaux soumis à une alimentation naturelle (jaune d'œuf, amidon, eau) ont pu être conservés pendant plus de trois mois. Il semble donc, d'après l'auteur, que les aliments doivent renfermer un principe immédiat que nous ne connaissons pas et qui est contenu dans le jaune d'œuf et dans le lait.

Voici maintenant la méthode employée par l'auteur pour le dosage du fer dans les substances d'origine animale. La matière à analyser (urine, fèces, jaune d'œuf, sérum, sucre, etc.) est additionnée de carbonate de sodium en quantité double de celle qui est strictement nécessaire pour lui donner une réaction nettement alcaline. On dessèche alors la masse, dans une capsule de platine, d'abord à 100°, puis à 120° ; et on l'incinère ensuite au rouge sombre : lorsque la carbonisation ne paraît plus faire de progrès, on reprend le produit par l'eau, on filtre sur un filtre exempt de cendres, et après avoir constaté que la solution aqueuse (qui contient les sels solubles) ne renferme pas trace de fer, on dessèche le charbon et on l'incinère complètement. Les cendres sont alors reprises par de l'acide chlorhydrique étendu et chaud, et la solution acide, filtrée et évaporée à 100°, de façon à insolubiliser la silice. Le résidu est repris par l'acide chlorhydrique faible, et la solution neutralisée par l'ammoniaque est enfin précipitée par l'acétate d'ammoniaque : tout le fer est ainsi précipité à l'état de phosphate ferrique. On recueille le précipité, on le lave à l'eau, on le sèche à 120°, on le grille et on le pèse. On le redissout ensuite dans l'acide chlorhydrique, puis on ramène le fer à l'état de sel ferreux au moyen du zinc, et on dose enfin le fer par le permanganate de potassium : le chiffre ainsi obtenu doit concorder avec celui obtenu dans la pesée du phosphate ferrique.

En appliquant cette méthode à l'analyse des diverses substances qui lui servaient à nourrir les animaux en expérience, l'auteur a pu constater que le sérum bien exempt de globules ne contient pas trace de fer ; il en est naturellement de même pour l'albumine du sérum. AD. F.

Sur une réaction caractéristique de la cocaïne, par FERREIRA DA SILVA (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 18 *août* 1890).

Par une manipulation très semblable à celle qui permet de reconnaître l'atropine (réaction de Vitali) on obtient non une réaction colorée, mais le dégagement de certains produits odorants caractéristiques. A cet effet on traite une petite portion de cocaïne par quelques gouttes d'acide nitrique fumant; on évapore à siccité ; le résidu traité par une ou deux gouttes de solution alcoolique concentrée de potasse donne une odeur de menthe poivrée. Cette réaction est assez sensible pour permettre de reconnaître jusqu'à un demi-milligramme de chlorhydrate de cocaïne.

M. DUVAL.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Technique élémentaire de bactériologie, par SALOMONSEN, traduit par R. DURAND-FARDEL (*In*-16; 74 *fig.*, *Paris*, 1891).

Manuel essentiellement pratique, destiné à guider le travailleur qui ne dispose pas de l'installation d'un laboratoire et à lui permettre, avec le minimum d'appareils, d'exécuter les principales recherches bactériologiques. L'auteur s'est contenté de décrire les méthodes les plus simples, mais il l'a fait avec grand soin et des détails suffisants pour ne rien laisser à l'imprévu. A signaler un chapitre sur une question nouvelle, l'étude des protozoaires (coccidies, hématozoaires, infusoires, etc.). A. CARTAZ.

De l'influence du jeûne sur la réceptivité pour les maladies infectieuses, par CANALIS et MORPURGO (*Fortschritte der Medicin*, *n*os 18 *et* 19, 1890).

On peut par le jeûne conférer la réceptivité pour une maladie infectieuse, à des animaux qui possèdent une immunité naturelle.

Les pigeons qui possèdent l'immunité meurent du charbon lorsqu'on les fait jeûner en même temps qu'on les inocule. Les pigeons qui ont jeûné pendant six jours avant d'être inoculés, ne contractent pas le charbon si on les nourrit dès qu'ils sont inoculés; mais s'ils jeûnent plus de six jours, ils deviennent charbonneux. La réalimentation n'est pas en état d'empêcher le développement du charbon si les pigeons ont jeûné deux jours après l'inoculation; mais elle ralentit la marche de l'infection.

L'extirpation totale ou partielle du pancréas rend les pigeons aptes pendant un certain temps à contracter le charbon. Chez des pigeons inoculés, l'infection charbonneuse apparaît quand on suspend l'alimentation, même quand cela a lieu huit jours après l'inoculation.

Les germes introduits sous la peau des pigeons en état d'immunité conservent leur vitalité et leur virulence pendant plusieurs jours. La perte de l'immunité qui se produit chez les pigeons soumis au jeûne n'est pas due à l'abaissement de température qui accompagne le jeûne, car l'infection ne se produit pas lorsque chez les animaux inoculés on détermine un abaissement de température tout en leur donnant une nourriture abondante.

Il est possible de rendre les poules aptes à contracter le charbon, au moyen du jeûne. La plupart de ces animaux meurent du charbon quand on fait précéder l'inoculation d'une période de jeûne de trois à six jours; mais ils conservent toujours leur immunité quand le jeûne ne commence qu'immédiatement après l'inoculation.

Les rats blancs adultes restent réfractaires au charbon, même quand on les fait jeûner pendant un temps relativement long. G. LYON.

Des causes de l'immunité, par LUBARSCH (*Fortschritte der Medicin, n° 17, p. 665, 1890*).

Lubarsch pense qu'il est impossible de formuler actuellement une théorie systématique de l'immunité ; il reproche à Petruschky d'avoir confondu deux points qui jusqu'alors ont toujours été séparés, à savoir si les animaux échappent aux affections microbiennes par des influences biochimiques, ou bien si l'immunité résulte d'une mise en jeu d'activités cellulaires. Lubarsch est d'avis que les processus chimiques jouent un rôle essentiel dans l'immunité ; alors même que les microorganismes sont absorbés par les cellules lymphatiques, qu'il y a phagocytose, il se passe vraisemblablement un acte chimique, une digestion intracellulaire.

On doit se demander : 1° Si les produits qui confèrent l'immunité existent de tout temps et dès le début chez les animaux ayant naturellement l'immunité ou l'ayant acquise, ou bien s'ils apparaissent seulement au moment où l'animal est infecté ; 2° si ces produits sont élaborés par certains tissus déterminés.

En ce qui concerne le premier point, l'auteur fait remarquer qu'il existe plusieurs sortes d'immunités ; tout d'abord il existe une immunité pour ainsi dire négative, consistant en ce que le terrain de culture est réfractaire, comme cela a lieu dans l'inoculation des ascidies avec du virus charbonneux ; d'autre part il semble que, dans quelques cas, l'immunité résulte d'un processus d'échange entre les cellules de l'organisme, d'une formation de substances vaccinantes.

Pour le deuxième point, Lubarsch admet qu'une propriété bactéricide du sang, indépendante des cellules de l'organisme, est loin d'être démontrée. G. LYON.

De quelques substances chimiques qui favorisent l'infection, par G. H. ROGER (*Soc. de biologie*, 31 *mai* 1890).

Il suffit pour rendre le lapin sensible au charbon symptomatique ou pour le tuer avec des cultures de pneumocoques et de streptocoques devenues complètement inoffensives, d'injecter en même temps à l'animal une ou deux gouttes d'une culture stérilisée de prodigiosus. La substance qui favorise ainsi l'infection se dissout dans la glycérine d'où on la précipite par l'alcool. Le précipité lavé par l'alcool et l'éther et séché rapidement se présente sous l'aspect d'une poudre jaunâtre qui a la double propriété de liquéfier la gélatine et de modifier l'immunité des animaux. Chauffée une demi-heure à 60° cette poudre perd la première de ses propriétés; pour lui faire perdre la seconde, il faut la porter à 130°. Les doses non toxiques de papaïne introduites dans les veines favorisent également le développement des agents infectieux atténués, mais les solutions de papaïne perdent, par l'action de la chaleur, à la fois la propriété de liquéfier la gélatine et celle de modifier l'immunité. G. LYON.

Mode d'action des produits sécrétés par les microbes sur les appareils nerveux vaso-moteurs. Rapports entre ces phénomènes et celui de la diapédèse, par A. CHARRIN et E. GLEY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 *juillet* 1890).

Lorsqu'on introduit, sous la peau d'un lapin vacciné contre le virus

pyocyanique, une culture vivante de ce virus, on voit s'effectuer une diapédèse abondante; mais, comme l'a montré Bouchard, on peut empêcher cette diapédèse, en introduisant dans le corps de l'animal des produits solubles du pus bleu. Par quel mécanisme agissent alors ces produits? Il a été démontré qu'il ne s'agit point d'une action directe sur les leucocytes. Or, comme les globules blancs ne sortent des vaisseaux que si ces vaisseaux et l'appareil vaso-moteur le permettent, il faut se demander s'il ne s'agirait pas ici de modifications du système nerveux vaso-moteur. Ces produits solubles du bacille pyocyanique empêchent-ils la diapédèse en déterminant un resserrement énergique des vaisseaux? Non, car ils ne déterminent que des variations insignifiantes de la pression dans les artères. Ils agissent, comme le montre l'expérience, en diminuant l'excitabilité des centres vaso-dilatateurs et en supprimant les actions vaso-dilatatrices. Ainsi certains microbes, une fois qu'ils ont pénétré dans l'organisme, y produisent incessamment des substances qui viennent encore favoriser leur action pathogène propre en entravant quelques-uns des moyens de défense dont l'organisme dispose, c'est-à-dire la diapédèse et la phagocytose, puisque ces phénomènes ont pour condition première la dilatation vasculaire, à laquelle commande immédiatement le système nerveux. M. DUVAL.

I. — Ueber die Wirkung des Magensaftes... (De l'action du suc gastrique sur les bactéries pathogènes), par H. HAMBURGER (*Centbl. f. klin. Med.*, *n°* 24, 1890).

II. — Ueber die Einwirkung... (De l'action du suc gastrique artificiel sur les microorganismes pathogènes), par G. KABREHL (*Arch. f. Hygiene*, *n°* 3, 1890).

I. — Les solutions d'acide chlorhydrique et celles d'acide lactique perdent une partie de leur pouvoir ontiseptique en présence de peptones, auxquelles se combinent les acides. Si l'on fait prendre à des individus un repas d'épreuve, et si l'on extrait au bout d'une heure le contenu stomacal, on constate que les sucs gastriques contenant de l'acide chlorhydrique libre ont sur les bactéries pathogènes de la fièvre typhoïde et du choléra une action antiseptique notablement plus énergique que ceux dont tout l'acide est combiné. Si on neutralise l'acidité du suc gastrique, on constate qu'il perd tout pouvoir antiseptique.

II. — Les solutions d'acide chlorhydrique, additionnées ou non de pepsine, ont une action bactéricide énergique, sur le bacille typhique et surtout sur celui du choléra. Lorsqu'on ajoute à ce suc gastrique artificiel de l'albumine sous forme de fibrine ou de sérum, l'acide chlorhydrique s'y combine, et le pouvoir bactéricide du milieu est bien moindre. C'est donc dans les trois premières heures de la digestion que les bacilles typhiques auront chance de traverser l'estomac sans être modifiés. LEFLAIVE.

Les microbes de la bouche, par Th. DAVID (*In*-8°, 113 *fig.*, *Paris*, 1890).

La cavité buccale contient à l'état normal, une grande variété de microbes, les uns inoffensifs, les autres dont l'activité nocive n'attend qu'une cause déterminante pour provoquer l'apparition d'une infection

générale ou localisée. Ces variétés sont nombreuses, aussi l'auteur a-t-il été conduit à les étudier en détail et à écrire ainsi une sorte de traité de microbie.

Le premier chapitre est consacré aux généralités sur les microbes, sur les méthodes de culture, d'examen, de coloration. Les chapitres suivants contiennent l'étude des microbes vulgaires, des microbes pathogènes contenus dans la salive, enfin des microbes pathogènes des affections buccales et dentaires. A côté des faits connus, on trouvera là un exposé très complet des travaux récents sur la carie dentaire, l'ostéopériostite alvéolaire, au point de vue bactériologique.

Les conclusions à tirer de cette étude, c'est que les soins antiseptiques de la bouche ont une portée générale qu'on ignorait autrefois. Il ne s'agit pas, en mettant ces notions à profit, de remédier simplement aux lésions locales de la bouche ou des dents, mais de prévenir de graves maladies générales. David insiste avec raison sur ce point capital, et a su donner ainsi à son travail un caractère spécial qui en fait une œuvre de pathologie générale des plus sagement conçues. A. CARTAZ.

Der chemische Reizbarkeit d. Leucocyten u. d. Beziehung z. Entzündung... (De l'irritabilité chimique des leucocytes et de ses relations avec l'inflammation et la suppuration), par **H. BUCHNER** (*Münchener medicin. Woch.*, *n°* 47, 25 *novembre* 1890).

Les protéines qui entrent dans la constitution des bactéries exercent une forte action attractive sur les leucocytes (*R. S. M.*, XXXVII, 64).

Si l'on isole les produits de sécrétion, en évitant leur mélange avec les substances qui font partie de la composition des bactéries, on observe que ces toxines n'ont aucune action attractive pour les leucocytes. Le butyrate, le valérianate d'ammoniaque, la triméthylamine, la leucine, la tyrosine, l'urée, le scatol ont la chimiotaxie négative ou n'ont pas plus d'action que la solution physiologique de chlorure de sodium.

Les leucocytes n'ont qu'accessoirement le rôle de résistance vis-à-vis des infections, à l'état physiologique ils interviennent dans les processus de résorption. La légumine, la glutencaséine attirent les leucocytes; la glutenfibrine, l'empois d'amidon, le phosphate de soude ont une chimiotaxie négative ou indifférente.

La peptone a une chimiotaxie négative; les albuminoïdes alcalins, résultant de la digestion des muscles, du foie, des reins, attirent au contraire les leucocytes, tandis que les produits ultimes de l'évolution des albuminoïdes (leucine, tyrosine) restent sans action.

On peut provoquer une leucocytose généralisée en injectant dans les veines les substances attirantes (protéine du bacille pyocyanique, albuminates alcalins d'origine musculaire, glutencaséine).

Il est facile, d'après ces données, d'expliquer la leucocytose locale inflammatoire. Elle a pour condition la mort des bactéries contenant des albuminoïdes à action chimiotactique, mettant en liberté ces substances. L'absence de leucocytose (septicémie salivaire) a pour cause la multiplication rapide de germes qui n'ont pas le temps de mourir avant la mort de l'animal infecté.

Les suppurations aseptiques (cadavérine, térébenthine, calomel, etc.)

ont pour cause l'action chimiotactique positive des substances qui résultent de l'action des corps phlogogènes sur les cellules de l'organisme.

On peut séparer le processus de suppuration du processus de résorption par ce fait que les leucocytes attirés dans le premier cas par les substances chimiques résultant de la mort des microbes sont vite dégénérées et s'accumulent, tandis que, dans le second, elles quittent vite le foyer où elles sont venues absorber les substances anormales qui s'y trouvent.

Il est impossible de séparer l'action chimiotactique sur les leucocytes de l'irritation inflammatoire des cellules fixes du tissu.

La protéine du bacille pyocyanique, la gluten caséine (qui ont une composition chimique analogue) injectées sous la peau chez l'homme ($3^{mm},5$ de protéine) déterminent un processus inflammatoire érysipélateux indépendant de toute intervention microbienne. P. TISSIER.

Ueber die Beziehung des Fibrinfermentes zur Entstehung des Fiebers (Rapports du fibrine-ferment avec la production de la fièvre), par A. HAMMERSCHLAG (*Archiv für exper. Pathol.*, *XXVII*, *p.* 414).

Senator (1864-1873), Klebs et Tiegel (1871), Schmiedeberg et Bergmann (1868) attribuent à des produits de putréfaction l'état fébrile. D'autres pensent qu'il n'existe point de substances pyrétogène, car les solutions d'hémoglobine (H. Köhler, 1877) ; le sang des animaux sains (Freese), le liquide de l'hydrocèle et le sérum sanguin pur (Billroth), l'eau distillée en abondance (Stricker et Albert) injectés dans les veines, produisent une élévation de température. Il n'y a pas de produits des bactéries dans la fièvre aseptique de Volkmann et Genzmer. De même, dans les cas de grandes extravasations sanguines, de contusions graves des articulations, de fractures non compliquées. La fièvre doit être alors attribuée à la pénétration dans les liquides interstitiels des produits de destruction des tissus. On peut supposer que le processus fébrile est le même dans tous les cas et que, même les prétendues substances pyrogènes agissent en détruisant les globules du sang, dont les produits de destruction produisent la fièvre. Les élèves d'Alexander Schmidt ont rattaché la fièvre à la mise en liberté du ferment de la fibrine, lequel est d'ordinaire lié aux globules blancs, que cette mise en liberté dépende d'ailleurs d'un traumatisme ou d'une action bactérienne. Köhler (1878) et Birk (1880) ont trouvé que le sang fébrile contenait une plus grande quantité de fibrine-ferment. Edelberg a fait des déterminations de ce genre. Bonnet (1889) se rallie à la même opinion.

L'auteur conteste la légitimité de cette généralisation en s'appuyant sur des recherches du ferment-fibrine dans un certain nombre d'affections infectieuses. 10 centimètres cubes de sang de saignée étaient reçus dans 100 centimètres cubes d'alcool absolu. Après huit à dix jours on filtre ; le précipité est lavé à l'alcool, séché dans le vide et pulvérisé. 1 gramme de cette poudre est broyé dans 10 centimètres cubes d'eau et filtré après une heure. Comme liqueur coagulable on employait la liqueur de Schmidt : du sang de cheval reçu directement dans une solution saturée de sulfate de magnésie (3 parties de sang pour 1 de sulfate). On décante le liquide supérieur. On l'étend de six volumes

d'eau. Ce plasma salé ne coagule spontanément qu'après un jour et demi.

A 10 centimètres du protoplasma salin étendu, on ajoute 3 centimètres cubes de l'extrait aqueux du sang, et l'on note le temps nécessaire à la coagulation. Sur 19 cas de maladies fébriles, 7 fois l'on ne trouva point de fibrine-ferment libre dans le sang, et 12 fois du ferment libre. Deux fois sur cinq on a trouvé le ferment chez des non-fébricitants. Il n'y a donc pas de rapport constant entre la fièvre et la mise en liberté du fibrine-ferment. DASTRE.

La doctrine de la fièvre et les centres thermiques cérébraux. Étude sur l'action des antipyrétiques, par Ugolino MOSSO (*Archives italieunes de biologie, XIII, p.* 451, 1890, *et Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, février* 1889).

Voici les résultats de ce travail : les lésions de l'écorce et des parties profondes du cerveau ne produisent pas de variations de température telles que l'on doive admettre qu'il y ait dans le cerveau des centres qui président à la calorification animale. La doctrine des centres thermiques s'appuie sur une base incertaine. L'auteur décrit un nouveau calorimètre, modification de ceux qui sont connus, et qui permet d'enregistrer les diminutions aussi bien que les augmentations de température. La fermeture en est particulière : la circulation de l'air respiré par l'animal est facilitée. Les mesures calorimétriques sont soumises à de nombreuses critiques, et l'utilité de la méthode même un peu diminuée. L'auteur examine ensuite l'action de l'antipyrine, la fièvre produite au moyen de la saignée et l'action des médicaments sur cette fièvre ; de même au moyen du staphylococcus aureus. La cocaïne est une des substances pyrogènes qui font augmenter le plus fortement et le plus rapidement la température. L'action de l'antipyrine ne porte pas, comme le croyait Sawadowski, sur la partie du système nerveux d'où dépendrait la température. Les processus fébriles diffèrent profondément les uns des autres par leurs types, leur nature, leur cause, la manière dont ils cèdent ou résistent à l'action des médicaments. Il y a deux espèces de fièvre au moins : l'une, d'origine centrale, nerveuse : l'autre, d'origine périphérique. DASTRE.

Ueber eine neue pathogene Cladothrix... (Sur un nouveau cladothrix et sur une pseudotuberculose causée par lui), par H. EPPINGER (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 17, 1890).

Un homme meurt d'une hémiplégie gauche remontant à 8 jours au plus. A l'autopsie, on trouva dans la substance blanche de l'hémisphère cérébral droit un abcès déjà ancien, rempli d'un exsudat gélatineux et ouvert dans le ventricule; le contenu avait fusé plus loin et causé une méningite. En outre, il y avait dans les poumons des noyaux crétacés et des tubercules miliaires.

L'examen microscopique du pus de l'abcès et de l'exsudat méningitique fit voir des filaments isolés ou groupés en bouquets, les uns non ramifiés, les autres paraissant l'être; ils semblaient naître de cellules plus ou moins allongées. Au milieu de ces longs filaments s'en trouvaient d'autres plus petits, ressemblant davantage à des bactéries et épais de $0\mu,2$.

Ce microorganisme, qui paraît appartenir à la classe des cladothrix, a

été nommé par Eppinger cladothrix asteroides à cause de son aspect étoilé.

Il est facile à isoler sur plaques et se cultive sur tous les milieux ; l'agar sucré lui convient le mieux, et il forme sur lui une membrane jaune et ridée.

Il est pathogène pour les lapins et les cobayes. Au point d'inoculation il se fait un abcès rempli de pus caséeux. De là part une infection générale miliaire typique, qui amène la mort en 24 heures et qui ressemble à s'y méprendre à la véritable tuberculose. LEFLAIVE.

Ueber die Verhalten d. Tuberkelbacillen an d. Eingangspforte (Action des bacilles tuberculeux, au niveau des portes d'entrée de l'infection), par Franz TANGL (*Centralbl. f. allg. Path.*, *n°* 25, 1er *décembre* 1890).

Dans tous les cas, chez le lapin ou le cobaye, l'inoculation sous-duremérienne provoque l'apparition d'un foyer ou méningé cérébral. Ceci va à l'encontre des faits annoncés par Daremberg, contre la loi de Baumgarten. Chez le cobaye, l'inoculation sur la conjonctive saine reste stérile ; chez le lapin, il se développe une tuberculose locale et générale.

L'inoculation intranasale détermine le plus souvent l'infection, et alors il existe d'abord une tuberculose locale, qui peut ensuite se généraliser.

C'est la confirmation de la loi de Baumgarten : que les bacilles tuberculeux ne pénètrent dans l'organisme qu'après avoir déterminé un processus tuberculeux local. P. TISSIER.

Ueber den Einfluss des Quantität... (De l'influence de la quantité des bacilles tuberculeux inoculés sur l'évolution de la tuberculose chez les cobayes et les lapins), par W. WYSSOKOVICZ (*Münch. med. Woch.*, *n°* 41, 14 *octobre* 1890).

Chez les cobayes, plus le nombre des bacilles injectés est petit, plus la tuberculose évolue lentement.

Chez le lapin, l'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'un petit nombre de bacilles : 8 (cultures pures), 30 à 40 (crachats) ne produit aucune lésion. Au bout de 92 à 145 jours chez un seul lapin, il se développa un petit tubercule fibreux dans le poumon.

Ceci explique la différence de réaction du cobaye et du lapin pour les inoculations de tissus scrofuleux peu riches en bacilles. P. TISSIER.

Ueber die Wirkung den reinen, sterilen Culturen... (Sur l'action des culture pures stérilisées du bacille tuberculeux), par A. MAFFUCCI (*Centralbl. f. allg. Path.*, *n°* 26, 15 *décembre* 1890).

Ces recherches ont été faites avec des cultures de bacilles de la tuberculose (des mammifères) âgées de 1 à 6 mois, sur sérum solide glycériné, ou sur sérum liquide. Elles furent stérilisées en les soumettant, 1 à 2 heures, à une température de 65 à 70 degrés, à plusieurs reprises. Il se servit aussi de vieilles cultures (un an), sans stérilisation préalable. Il étudia parallèlement les effets obtenus avec les bacilles de la tuberculose aviaire.

De ses recherches sur le cobaye, il conclut que le bacille tuberculeux produit une substance toxique qui n'agit qu'au bout d'un temps assez long. Cette substance résiste aux températures de 70 degrés répétées, et à la dessiccation. Les cobayes meurent au bout de trois semaines à trois

mois dans le marasme. L'organisme ne détruit pas cette substance, puisque la rate des animaux qui succombent dans le marasme en contient encore à l'état actif.

La lésion principale produite par la substance toxique isolée par Maffucci, est une destruction considérable des globules rouges qui s'accumulent dans la rate. Celle-ci est atrophiée et contient du pigment sanguin en abondance ; on trouve aussi des lésions atrophiques dans le foie. P. TISSIER.

De l'élévation de la température dans les poumons des phtisiques, après l'inhumation, par SCHŒTTELIUS (*Centr.-Bl. für Bakt. und Parasit.*, *VII*, *p.* 265, 1890).

L'auteur a constaté, dans quatre cas, par des expériences de contrôle sérieusement établies, qu'un poumon tuberculeux, enfoui dans la terre et abandonné pendant un temps assez long à la putréfaction, présentait une élévation très notable de la température, pouvant aller jusqu'à 34° ! Les poumons chez lesquels ont porté ces expériences étaient placés dans des boîtes de bois et celles-ci enfouies dans la terre à une profondeur de $1^{m},25$; pour éviter l'influence de la température ambiante, les poumons, avant d'être placés dans les boîtes de bois, avaient été mis en contact pendant un temps assez long avec de la glace. W. O.

Untersuchung über die Diphtherie der Tauben (pigeons), par BABES et PUSCARIU (*Zeitschr. für Hygiene*, *VIII*, *n°* 3).

Ces recherches sont absolument confirmatives de celles de Lœffler : la diphtérie des pigeons est produite par un bacille distinct de celui de la diphtérie humaine.

Dans six cas B. et P. ont rencontré en grande abondance les flagelles, regardées par divers auteurs comme cause de la maladie désignée sous le nom de diphtérie des flagelles; mais ils ne leur accordent aucune action pathogène, les ayant rencontrées fréquemment sur des muqueuses normales, et n'ayant pu reproduire la maladie en scarifiant une muqueuse recouverte ensuite de ces microorganismes. LEFLAIVE.

Untersuchungen über die Diphterie, par Franz TANGL (*Centralbl. f. allg. Path.*, *n°* 25, 1er *décembre* 1890).

Confirmation des données de Löffler, de Roux et Yersin. A noter ces points particuliers : il n'a jamais trouvé de bacilles de Löffler dans les couches profondes des pseudo-membranes.

Dans presque tous les cas existaient des streptocoques concurremment avec les bacilles spécifiques. Dans un cas avec bronchite diphtéritique, ces derniers purent être constatés jusque dans les bronchioles, mais, par contre, les noyaux pneumoniques ne renfermaient que des streptocoques. Il a obtenu des fausses membranes expérimentales bacillifères identiques au point de vue structural avec celles de l'homme. Les injections intra-trachéales, aussi bien que sous-cutanées de cultures, stérilisées ou non, provoquent des paralysies.

Enfin, dans un cas, il constata dans les fausses membranes mêmes l'existence d'une toxine, ce qui n'avait pas encore été noté.

Dans un cas de diphtérie expérimentale, il y eut mort par pneumonie

dite de déglutition. Il a observé une fois de l'albuminurie. Il a pu trouver des bacilles spécifiques dès le second jour de la maladie chez l'homme.

Au point de vue histologique, il pense avec Baumgarten que dans la formation des pseudo-membranes croupales (anatomiquement parlant) et diphtéritiques, la dégénération fibrinoïde des épithéliums joue à côté de l'exsudation de fibrine un rôle important.

Cette dégénération serait nécessaire pour qu'il se forme des filaments et des blocs de fibrine; en effet, dans les pseudo-membranes consécutives, dans la trachée au moins, dans lesquelles cette dégénération n'intervient pas, on ne trouve pas de réseau hyalin, mais un réticulum fibrineux très délicat. Il faut, en outre, faire intervenir la rapidité plus ou moins grande de l'exsudation fibrineuse. P. TISSIER.

Ueber die Diphtherie-Immunität bei Thieren, par BEHRING (*Deutsche medic. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1145, 1890).

Behring a rendu les cobayes réfractaires à la diphtérie par cinq procédés différents :

1° Procédé de C. Fränkel ; inoculation de cultures stérilisées, pendant 10 à 14 jours.

2° L'auteur ajoute à des cultures vieilles de 4 semaines du trichlorure d'iode dans la proportion de 1/500, laisse le mélange reposer 16 heures, puis en injecte 2 centimètres cubes dans la cavité abdominale ; au bout de 3 semaines il injecte aux cobayes $0^{cc},2$ d'une culture à laquelle a été ajouté seulement 1/5500 de trichlorure d'iode. Les animaux restent en vie et, 15 jours plus tard, ils supportent sans inconvénient une injection de culture virulente qui tue des cobayes témoins.

Dans ces deux premiers procédés l'auteur utilise des produits de culture.

3° Ici l'auteur s'adresse aux substances produites par le bacille diphtéritique dans l'organisme vivant. L'exsudat pleural des animaux morts de diphtérie ne contient pas de bacilles, mais il a pour les cobayes des propriétés toxiques d'intensité variable. Ceux qui ne succombent pas à la suite d'une injection de 10 à 15 centimètres cubes restent longtemps malades. Or ils supportent, une fois rétablis, des inoculations diphtéritiques qui tueraient des cobayes non vaccinés en 3 jours.

4° L'auteur inocule d'abord aux cobayes la diphtérie, puis il les traite par divers médicaments, le trichlorure d'iode (2 centimètres cubes d'une solution à 1 0/0 ou à 2 0/0) employé au bout de 6 heures et renouvelé 3 fois, la naphthylamine, l'acide trichloracétique.

5° Il les vaccine à l'aide de l'eau oxygénée en prenant 2 centimètres cubes d'une solution à 1/10. Les lapins ont été vaccinés de la même façon ; après 4 injections d'eau oxygénée, ils ont subi sans dommage les inoculations diphtéritiques virulentes.

L'auteur reconnaît qu'aucun de ces cinq procédés n'est applicable à l'homme, du moins dans les conditions indiquées. Mais il affirme que les animaux qu'il a vaccinés sont réfractaires non seulement à l'action des bacilles vivants, mais aussi à celle des toxines diphtéritiques produites soit dans les cultures, soit dans l'organisme animal.

Le trichlorure d'iode ne donne pas de bons résultats dans la diphtérie chez l'homme. L. GALLIARD.

Der Kopftetanus beim Thiere und die Facialislähmung beim Tetanus hydrophobicus des Menschen (Le tétanos de la tête chez les animaux et la paralysie faciale dans le tétanos hydrophobique de l'homme), par Conrad BRUENNER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXX, p.* 574).

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la variété particulière de tétanos décrite par Rose, ont signalé comme un symptôme caractéristique de cette affection la paralysie de la face du côté blessé; seuls quelques observateurs, en particulier Terrillon et Schwartz, avaient fait des réserves et semblaient dire qu'il s'agissait plus probablement d'une contracture que d'une paralysie faciale. Brünner ayant réussi à provoquer chez des cobayes, par l'inoculation à la face de cultures du bacille de Nicolaier, un tétanos expérimental, observa chez ces animaux la production d'une asymétrie faciale caractéristique et ne tarda pas à se convaincre qu'il s'agissait là d'une contracture du côté de l'inoculation, et non d'une paralysie.

En conséquence, il estime que, dans les observations cliniques publiées jusqu'à ce jour, ce n'est qu'à la faveur d'une observation erronée qu'on a admis l'existence d'une paralysie faciale. En effet, chez le cobaye, 12 à 24 heures après l'inoculation, on voit se développer régulièrement du côté inoculé — parfois des deux côtés, quand l'inoculation a été faite sur la ligne médiane — une contracture qui se traduit par le retrécissement de la fente palpébrale, la déviation du museau, etc.; bientôt après survient le trismus, puis des convulsions généralisées, et enfin la mort. Il n'est point douteux qu'il s'agisse d'une contracture du facial, car la section de ce nerf du côté inoculé fait immédiatement cesser le spasme de la face.

Brünner en conclut que, chez l'homme également, le tétanos de la tête s'accompagne non pas d'une paralysie, mais d'une contracture des muscles de la face du côté de la blessure. Quant au spasme pharyngien, c'est un phénomène inconstant et qui n'a pas l'importance clinique qu'on a voulu lui attribuer dans cette forme de tétanos. DE SANTI.

Die Pathogenese des Tetanus, par Knead FABER (*Berlin. klin. Woch., n°* 31, *p.* 717, 4 *août* 1890).

En filtrant des cultures impures de bacilles tétaniques, Faber est arrivé à obtenir un produit ne renfermant aucune bactérie et qui cependant, inoculé aux animaux, provoque le tableau classique du tétanos. Ce poison n'agit toujours qu'après une période d'incubation, variant, selon la toxicité et la quantité du produit, d'une fois à cinq fois 24 heures pour le lapin, et de 6 heures à cinq jours pour la souris. Il est plus actif en injections intra-veineuses qu'en injections sous-cutanées ou intra-musculaires. Injecté dans les veines du lapin, il détermine, sans phase préalable de convulsions locales, un tétanos, généralisé d'emblée, débutant par le trismus et tout à fait analogue à celui de l'homme ou du cheval.

Les rats, les cobayes, les oiseaux, sont sensibles aussi à l'action de ce toxique, tandis que les grenouilles y sont réfractaires. Il ne confère pas l'immunité. Il est détruit par un chauffage de 5 minutes à 65 degrés.

J. B.

I. — Premières recherches sur la nature et l'étiologie du tétanos, par VERHOOGEN et BAERT (*Broch. Bruxelles*, 1890).

II. — Comment la terre devient tétanigène, par VERNEUIL (*Gaz. hebd. de méd.* 18 *octobre* 1890).

III. — Le cheval ténanifère, par VERNEUIL (*Gaz. hebdom. de méd.*, 13 *décembre* 1890).

IV. — Etiologie du tétanos. Sa vaccination chimique par la strychnine, substance tétanogène, ou deuxième exemple de vaccin chimique végétal, par PEYRAUD (*Journ. de méd. Bordeaux*, 3 *août* 1890, *et Bull. acad. de méd.*, 7 *octobre* 1890).

I. — En dehors de l'organisme tétanique, le bacille spécifique peut se rencontrer dans le sol. Accessoirement, il peut exister en des points divers, tels que la robe du cheval ou de tout autre animal, la poussière des foins, les instruments du chirurgien, etc.

Ces divers termes : sol, foin, cheval, homme, constituent un cycle clos, de l'un à l'autre des éléments duquel le bacille peut constamment et indéfiniment passer, sans qu'il soit possible de dire lequel de ces éléments a été le point de départ initial de cette transmission. Tout au plus le cheval pourra-t-il jouer dans la transmission du tétanos le rôle que l'on attribue à l'espèce bovine dans la propagation de la tuberculose, à certains oiseaux dans le transport de la diphtérie, rôle tout à fait occasionnel du reste.

II. — Par quelques nouveaux faits empruntés à Verhoogen et Baert, à Leonardo Valentini, à Moutet et à Sormani, Verneuil montre que non seulement il n'y a pas à mettre en doute l'infection directe de la terre par le cheval tétanique, mais encore que les excrétions d'un cheval, bien portant en apparence, peuvent rendre la terre tétanifère, à la condition que ces excrétions renferment le virus tétanique. Les nouvelles recherches de Sormani confirment ce point, que Verneuil avait déduit de l'examen de nombreux faits cliniques.

III. — Verneuil rappelle les expériences de Veillon et Sanchez Toledo sur le virus tétanique, ainsi que celles de Rietsch, Sormani et Nicola Chicoli et montre que l'on peut en tirer les deux conclusions suivantes :

Les fèces de chevaux atteints ou non de tétanos peuvent être tétanifères.

L'infection des fèces animales peut être accidentellement ou artificiellement produite par l'ingestion d'aliments eux-mêmes tétanifères.

Verneuil rapporte en outre quelques observations empruntées à différents auteurs, et tendant à faire admettre que la salive, les liquides buccaux et le tégument externe du cheval peuvent également servir de réceptacles au virus tétanique.

IV. — D'un certain nombre d'inoculations, faites au point de vue de l'étiologie du tétanos, avec de la terre d'un chai de vin, avec de la poussière de foin et avec de la terre d'un chemin, Peyraud conclut que la terre la plus virulente a été celle qui était la plus éloignée des chevaux, la plus humide, la plus à l'abri de l'air et de la lumière ; que la virulence de la poussière de foin vient après, et que la terre la moins virulente est celle qui était la plus aérée, la plus ensoleillée, la plus sèche et celle sur laquelle passaient le plus de chevaux.

D'après d'autres expériences, l'auteur se croit autorisé à avancer que la strychnine, employée avant inoculation, préserve de l'empoisonnement tétanique. Cette substance serait donc un vaccin chimique végétal.

Nocard a répété les expériences de Peyraud, avec de la terre du chai, qui avait toujours été tétanigène; sur 18 lapins, deux de ces inoculés sont seuls devenus tétaniques. En outre, il a contrôlé l'effet de la strychnine par une autre source d'inoculations, et il s'est servi des cultures pures du tétanos. Deux séries d'expériences ont eu lieu, et tous les animaux, qu'ils aient été ou non soumis à l'usage préalable de la strychnine, sont morts tétaniques. La strychnine ne serait donc nullement un vaccin chimique du tétanos. OZENNE.

Sur les rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos, pour servir à l'étude des associations microbiennes virulentes, par VERNEUIL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 3 *novembre* 1890).

La coïncidence, chez l'homme, de certaines formes de gangrène et de tétanos n'est pas due au hasard. Elle résulte de l'introduction simultanée dans les plaies des deux microbes bien connus de Pasteur et de Nicolaïer, fréquemment réunis dans la terre cultivée ou fumée. — Les deux maladies, contemporaines à l'origine, évoluent toutefois dans la suite d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leur virus et sans paraître manifestement s'influencer. — Le développement de la septicémie gangréneuse dans une plaie souillée par la terre doit faire craindre sans doute l'apparition ultérieure du tétanos; mais l'indépendance réelle des deux infections est prouvée par ce fait que la suppression radicale de la première n'empêche pas la seconde de se développer. Tout semble donc démontrer qu'il y a là association morbide pure et simple, due à la réunion fortuite de deux virus. Du reste, le tétanos peut coïncider avec le charbon, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la malaria, la tuberculose; mais les faits relatifs à ces dernières associations sont rares et la plupart si sommairement rapportés qu'on n'en peut pas encore déduire les relations réelles entre les deux maladies. Il est intéressant, d'autre part, de noter que la plus commune des intoxications traumatiques, la pyohémie, ne s'est jamais associée au tétanos. Il y a peut-être là antagonisme véritable. M. D.

Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der Tetanus-Immunität bei Thieren, par BEHRING et KITASATO (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1113, 1890).

Il s'agit là d'une nouvelle doctrine de l'immunité.

L'immunité des lapins et des souris que Kitasato a rendus réfractaires au tétanos repose sur la propriété qu'a le sérum sanguin de rendre inoffensives les substances toxiques produites par le bacille du tétanos. C'est une action *antitoxique* ou *antifermentescible* exercée par le sérum.

Un lapin ayant acquis, par le procédé de Kitasato, l'immunité contre le tétanos, subit une injection de 10 centimètres cubes d'une culture virulente de bacilles du tétanos; il n'est pas influencé. Donc ce lapin n'a pas été vacciné seulement contre le bacille vivant du tétanos, mais aussi

contre le poison tétanique, puisqu'il supporte une dose 20 fois plus forte que celle qui tuerait un lapin non vacciné.

On prend à ce lapin du sang de la carotide et on en injecte avant coagulation $0^{cc},2$ à une souris et $0^{cc},5$ à une autre souris dans la cavité abdominale ; puis au bout de 24 heures on leur inocule des bacilles virulents de tétanos. Ces deux souris restent en bonne santé, tandis que deux autres souris non vaccinées succombent en 36 heures.

On laisse ensuite le même sang reposer et l'on en prend le sérum pour injecter $0^{cc},2$ dans la cavité abdominale de six souris. Ces six animaux supportent dès lors une inoculation tétanique faite au bout de 24 heures, tandis que des souris non vaccinées par le sérum meurent en 48 heures.

Donc le sang du lapin doué d'immunité contre le tétanos a la propriété de détruire les toxines tétaniques ; il a cette propriété même en dehors des vaisseaux ; c'est dans le sérum qu'elle réside et non pas dans les éléments figurés du sang.

Cette propriété est si durable qu'elle se conserve même dans l'organisme d'autres animaux, de sorte que l'on peut obtenir des résultats thérapeutiques remarquables en injectant le sérum en question : on peut guérir les animaux déjà tétanisés en leur injectant le sérum dans la cavité abdominale, guérir par exemple une souris atteinte de tétanos à l'aide du sérum d'un lapin vacciné.

Voici des expériences qui prouvent l'énergie destructive de ce même sérum : on prend 1 centimètre cube d'une culture de bacilles tétaniques filtrée, c'est-à-dire 10,000 fois plus qu'il n'en faut pour tuer une souris en 2 jours et on le mélange à 5 centimètres cubes du sérum pendant 24 heures; dès lors ce mélange peut être injecté impunément aux souris à la dose de $0^{cc},2$.

Les souris qui ont subi des injections soit de sérum soit du mélange indiqué sont vaccinées d'une façon durable contre le tétanos; on peut les inoculer sans danger avec les bacilles virulents.

Le sang des animaux non vaccinés par la méthode de Kitasato ne possède en aucune façon la propriété de détruire les toxines du tétanos. Quand on leur injecte ces toxines, elles persistent chez eux, même après la mort, dans le sang et les humeurs. L. GALLIARD.

I. — Ueber Variola und Vaccine und Züchtung der Variolevaccine-Lymphe, par FISCHER (*Münch. med. Woch.*, 28 *octobre* 1890).

II. — Recherches concernant la variolo-vaccine, par A. ETERNOD et Ch. HACCIUS (*Semaine méd.*, 31 *décembre* 1890).

I. — Dans deux expériences, Fischer a inoculé la variole au bœuf et l'a vue se transformer, en passant par l'organisme de cet animal, en vaccine ne différant en rien de la vaccine ordinaire ; réinoculée chez l'homme, elle donne les pustules localisées typiques de la vaccine commune. Ces données sont à l'encontre de l'expérience de Chauveau, qui admet que la réinoculation à l'homme lui donne la variole. P. TISSIER.

II. — La variole est inoculable à coup sûr à l'espèce bovine, pourvu que la récolte du virus soit faite en temps opportun et qu'au lieu de piqures, d'injection, on ait recours à la vaccination en surface par dénudation ;

après avoir rasé et lavé la peau, l'user au moyen de papier de verre et frictionner cette surface dénudée avec la spatule chargée de virus.

A partir de la deuxième ou troisième génération, les pustules tendent à devenir typiques et présentent les caractères et la marche de l'éruption vaccinale. Dans une série, on a pu transmettre de veau à veau le virus variolique jusqu'à la quatorzième génération et côte à côte avec du vaccin ordinaire.

Ce moyen permettrait, surtout dans les pays tropicaux, de reconstituer facilement les provisions de vaccin. Il prouve de plus qu'il n'y a pas dualité entre la variole et la vaccine. A. CARTAZ.

Recherches expérimentales sur la vaccine, chez le veau, par STRAUS, CHAMBON et MÉNARD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 22 *décembre* 1890).

L'injection de la vaccine sur la cornée est possible ; elle confère l'immunité, mais plus tardivement que l'inoculation cutanée, qui la donne déjà au bout de six à sept jours (elle n'est acquise qu'après le douzième jour par l'inoculation cornéenne). L'injection intraveineuse de quantités même très faibles de vaccin entraîne, chez le veau, l'immunité complète, sans autres manifestations générales ou locales. D'autre part l'immunité peut être conférée au veau par la transfusion du sang d'un veau en pleine éruption de vaccine ; mais il faut, à cet effet, transfuser des quantités considérables de sang (4 à 6 kilogrammes) ; sans doute le microbe encore inconnu de la vaccine existe dans le sang pendant la période d'éruption, mais en très petite quantité, à l'état d'unités éparses dans la masse sanguine totale. Par contre on peut transfuser la presque totalité du sang d'un veau ayant l'immunité vaccinale, acquise depuis sept semaines à un autre veau, sans conférer l'immunité à ce dernier. M. DUVAL.

Ein Beitrag zur Kenntniss... (Contribution à l'étude de la conservation des bacilles typhiques dans l'eau potable), par KARLINSKI (*Zeitsch. f. Hygiene*, *n°* 2, 1890).

Après avoir rempli une citerne d'eau de provenance variée, et l'avoir additionnée, soit de cultures pures de bacilles typhiques, soit d'excréments de malades atteints de fièvre typhoïde, au bout de quelques jours il n'a plus été possible de retrouver trace de bacilles. C'est pourquoi l'auteur met en doute la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau de boisson souillée par le contenu des fosses d'aisances. LEFLAIVE.

Experimentelle Untersuchungen über den Nachweis der Typhusbacillen (Recherche des bacilles de la fièvre typhoïde), par M. HOLTZ (*Zeitschr. f. Hygiene*, *VIII*, *n°* 1).

Pour simplifier cette recherche, que rend difficile le peu de particularités du bacille de la fièvre typhoïde, Chantemesse et Widal avaient proposé d'ajouter à la gélatine 0,25 0/0 d'acide phénique. Kitasato a trouvé cette proportion trop grande et l'a réduite à 0,2. Des recherches de Holtz il résulte qu'il faudrait l'abaisser à 0,1 pour ne pas entraver le développement des colonies du bacille en question. Il est vrai de dire qu'il faut tenir compte de la réaction plus ou moins alcaline du milieu de culture employé.

Holtz a obtenu des résultats meilleurs encore de l'emploi d'une gélatine de pommes de terre spéciale. On broie des pommes de terre crues et pelées, on les exprime, puis le suc brun clair ainsi obtenu est filtré et additionné de 10 0/0 de gélatine. La réaction du mélange est acide. Les bacilles de la fièvre typhoïde se développent d'une façon tout à fait caractéristique sur ce milieu ; la transparence de leurs colonies est assez remarquable pour les différencier de toutes les autres. Un grand nombre de bactéries de l'eau et des ordures ne se cultivent pas sur la gélatine de pommes de terre. Par contre, les moisissures et les levures donnent lieu à de fortes colonies, qu'il est heureusement facile d'entraver par l'addition de 0,05 0/0 d'acide phénique. On peut combiner cette méthode avec celle de Thoinot, qui consiste à faire agir pendant trois heures une solution de 0,25 0/0 d'acide phénique sur l'eau à examiner; on procédera ensuite à l'ensemencement de la gélatine de pommes de terre.

LEFLAIVE.

Le bacille d'Eberth-Gaffky et les bacilles pseudo-typhiques dans les eaux de rivière, par CASSEDEBAT *(Annales de l'Institut Pasteur, n° 10, 25 octobre 1890).*

Cassedebat a examiné 70 échantillons d'eau de la Durance qui alimente en grande partie Marseille, où la fièvre typhoïde est endémique. Il a fait plus de 250 cultures par les procédés de Kitasato, Chantemesse et Widal, Thoinot et Vincent. Aucune n'a fourni le bacille typhique; mais il a trouvé plusieurs fois des bacilles pseudo-typhiques. Sans nier l'existence du bacille d'Eberth dans l'eau, il croit qu'il faut se garder de conclusions hâtives.

Comme le bacille typhique, les bacilles pseudo-typhiques résistent à l'action de l'acide phénique. Ils sont doués d'un polymorphisme presque aussi riche. Notons que sur aucun des trois bacilles pseudo-typhiques isolés, Cassedebat n'a vu l'espace clair central. Leur coloration et leur décoloration ne présentent aucune différence. Leur mobilité, les caractères, l'aspect de leurs cultures sont identiques avec celles du bacille d'Eberth. Les colonies des bacilles pseudo-typhiques sur plaques de gélatine présentent une coloration un peu moins jaune, mais cette différence est souvent difficile à saisir. Sur pomme de terre, les cultures sont identiques.

Voici des caractères plus nets. Les colonies sont plus tôt visibles que celles du bacille d'Eberth; sur gélatine pure ou phéniquée elles se comportent un peu différemment (bronzage moins foncé des vieilles colonies, liquéfaction variable de la gélatine au bout de quelque temps). Il en est de même pour les cultures dans le bouillon, mais c'est surtout dans les cultures (à 35°) dans les liquides colorés par le procédé de Nœggerath que les différences des quatre microbes apparaissent.

Inoculés chez la souris, les bacilles pseudo-typhiques sont moins toxiques que le bacille d'Eberth. Les bacilles pseudo-typhiques isolés diffèrent, aussi bien d'ailleurs que le bacille d'Eberth, du bacillus subtilis, du bacillus coli commune, du bacillus putridus, du bacillus aquatilis sulcati, du bacille pseudo-typhique de Weichselbaum, du bacille xanthinus de Zopf, etc.

Cassedebat croit la technique de Chantemesse et Widal et celle de Thoinot et Vincent actuellement insuffisantes, et il met en doute l'exactitude des résultats annoncés par ceux qui ont borné leurs investigations à l'examen des cultures sur plaques, à la mobilité et à la forme du bacille, à la non-liquéfaction de la gélatine et à l'aspect des cultures sur pomme de terre. P. TISSIER.

Sul valore diagnostico delle ricerche batteriologiche nel tifo addominale, par F. STAGNITTA (*La Riforma medica*, 17 *et* 18 *octobre* 1890).

L'examen microscopique et la culture du sang de la rate et du sang veineux donnent généralement des résultats négatifs dans la fièvre typhoïde. Les résultats positifs des cultures des fèces n'ont aucune valeur, à cause de l'époque tardive à laquelle les bacilles y apparaissent et du temps nécessaire à leur développement; lorsque ces cultures donnent un résultat négatif, on ne peut en conclure à coup sûr que le diagnostic était erroné. Ces recherches bactériologiques ne peuvent donc donner que trop rarement des résultats utiles pour qu'on doive engager les médecins à y recourir pour établir le diagnostic de la fièvre typhoïde. GEORGES THIBIERGE.

Sulla trasmissibilità dell' infezione colerica della madre al feto, ricerche cliniche e sperimentali, par V. ROSARIO (*La Riforma medica*, 25, 26, 27 *et* 28 *février* 1890).

Sur cinq fœtus provenant de femmes cholériques ayant subi l'opération césarienne post mortem, ou ayant avorté au 5e ou 6e mois, Rosario n'a trouvé que trois fois les lésions du choléra. Les cultures sur gélatine du sang et du méconium ont toujours été négatives, mais ces échecs dépendent peut-être de conditions mal déterminées.

Dans les recherches expérimentales sur divers animaux, la transmission placentaire du bacille s'est produite dans le plus grand nombre des cas ; cette transmission exige, pour se faire, des lésions du placenta, et elle ne se fait pas lorsqu'il n'y a pas de foyers hémorragiques du placenta ; aussi est-elle plus fréquente chez les cobayes, dont le placenta s'altère plus facilement que celui des autres animaux. GEORGES THIBIERGE.

Morphologie du bacille du choléra asiatique, action microbicide du touraillon sur ce micro-organisme, par Gabriel ROUX (*Lyon méd.*, *p.* 476, 3 *août* 1890).

Roux emploie depuis longtemps le touraillon comme milieu de culture. Ayant reçu récemment une culture de bacille cholérique, il eut l'idée de le cultiver avec le touraillon ; or, avec le touraillon gélatinisé, le développement se fait assez bien, tandis qu'il est nul avec le touraillon liquide. Il y a même lieu d'établir une différence entre les macérations et les décoctions.

Dans la macération (5 0/0 de touraillon macéré 24 heures et filtré au filtre Chamberland) le développement est absolument nul, mais les bacilles restent vivants pendant un temps dont la durée n'a pu encore être déterminée.

Avec la décoction 5 0/0 à 115°, pendant vingt minutes, les microbes périssent en vingt-quatre à quarante-huit heures. L'action microbi-

cide est égale quelle que soit la réaction du touraillon, neutre, acide ou alcaline.

Il y aurait là un moyen thérapeutique efficace, en raison de l'innocuité absolue du touraillon pour l'homme, de sa valeur nutritive, de son bas prix, non seulement pour le choléra asiatique, mais pour le choléra nostras et même la dysenterie. A. CARTAZ.

Développement des parasites malariques dans les leucocytes des oiseaux (leucocytozoaires), par V. DANILEWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 7, 25 *juillet* 1890).

On connaît aujourd'hui de nombreux parasites intraglobulaires (hématies) : drepanidium, hemogregarinæ, polimitus, etc.; chez les oiseaux ces parasites pénètrent dans les leucocytes, lymphocytes, érythroblastes et hématoblastes, générateurs des hématies, sous forme de germes minuscules, et se développent parallèlement à la cellule, qui se métamorphose progressivement en hématie.

Une partie seulement résiste à l'action phagocytaire de ces cellules. Il en est de même, sans doute, pour l'hématozoaire du paludisme chez l'homme, où la lutte phagocytaire a lieu surtout dans la rate et la moelle des os, filtres poreux retenant en passant les corps étrangers et les parasites englobés. Et, en effet, la moelle des os est, en pareil cas, plus riche en formes variées parasitaires que le sang et peut en contenir alors que le sang en est indemne.

V. Danilewsky étudie spécialement le stade intraleucocytaire du polimitus avium, et signale le pseudo-vermiculus, hématozoaire qui se transforme, sous les yeux de l'observateur, en une forme mobile de grégarine, et qui est probablement très voisin du *laverania malarique* de l'homme.

Pour bien étudier ces divers parasites, l'examen de la moelle des os est très important.

Pour expliquer, sans rejeter la théorie de Metchnikoff sur la phagocytose, la présence de parasites dans les leucocytes, Danilewsky remarque : 1° qu'il y a bien plus d'hématozoaires que de leucocytozoaires, preuve de la résistance des leucocytes ; 2° que les changements physico-chimiques produits dans le globule sanguin affaiblissent et arrêtent même ses fonctions phagocytaires ; 3° que les parasites se développent dans les cellules jeunes, en état de transition et n'ayant sans doute alors que de faibles propriétés phagocytaires. P. TISSIER.

I. — Sur les microbes de l'infection malarique aiguë et chronique, chez les oiseaux et chez l'homme, par V. DANILEWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur*, *n°* 12, *décembre* 1890 *et Wratch*, *n°* 47, 1890).

II. — Ueber das Plasmodium Malariæ, par ROSIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p*, 326, 1890).

III. — Das Verhalten der in den Malariaplasmodien enthaltenen Körnchen (Des granulations contenues dans les plasmodies de la malaria), par O. ROSENBACH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p*. 325, 1890).

I. — L'infection malarique aiguë diffère de l'infection chronique par la forme des parasites sanguins. Dans l'infection aiguë, le microbe se

présente sous l'aspect d'un petit hématozoaire amiboïde, non pigmenté au début, contenant plus tard des corpuscules de mélanine. Il croît et donne de très petits spores, qui passent dans le plasma et de là dans les globules. Dans la forme chronique, on rencontre le Polimitia flagellé et les corps en croissant de Laveran ; mais il serait prématuré de nier l'hypothèse unitaire des infections malariques, en tenant compte du polymorphisme, des hématozoaires malariques.

Danilewsky assimile le polimitus et le Laverania des oiseaux à ceux de l'homme. Ils peuvent disparaître presque totalement dans certaines conditions (pseudo-guérison) et reparaître à un moment donné. Comme chez l'homme aussi, ils peuvent n'exister que dans le sang de la rate ou de la moelle des os. Les quelques différences morphologiques et biologiques s'expliquent par les différences des propriétés physiologiques et physico-chimiques du sang de l'homme et des oiseaux, les hématoprotozoaires présentant un pouvoir très marqué d'adaptation.

On a objecté à Danilewsky qu'il n'était pas en droit d'identifier les parasites des oiseaux à ceux de la malaria humaine, malgré leur similitude frappante. Il apporte dans ce travail un fait important à l'appui de sa thèse. Il a pu observer chez les oiseaux une infection malarique aiguë, à caractère périodique, avec parasites intra-cellulaires comme chez l'homme.

Le cycle de la maladie se termine en 4-6 jours, et la guérison coïncide avec la disparition des microbes du sang. Le développement de l'hématozoaire, l'aspect de ses spores ne présentent pas de différences tranchées avec ceux de l'hématozoaire du sang de l'homme atteint de paludisme aigu. DE KERVILLY.

II. — Rosin a examiné le sang d'une paludéenne et constaté la présence des parasites de Laveran.

Il a vu : 1° des corps homogènes, non granuleux, contenus dans les globules rouges ; 2° des corps granuleux dans les globules rouges ; 3° des corps homogènes en dehors des globules rouges ; 4° des corps granuleux en dehors des globules rouges.

Dans les préparations traitées par le bleu de méthylène, ces corpuscules granuleux se coloraient en bleu de ciel avec tendance au verdâtre.

En outre, il a constaté la cinquième variété de corpuscules qu'on considère comme visibles seulement dans les instants qui suivent le frisson et qu'il a vu persister dix heures ; c'est la variété segmentaire, qui peut atteindre les dimensions d'un globule rouge. Ce corpuscule contenait des granulations brun foncé animées de mouvements actifs ; en deux heures il se divisait en une série de segments autour desquels se disposaient les granulations.

Il a vu enfin des corps volumineux qui paraissaient être des globules blancs (phagocytes) enfermant plusieurs corpuscules homogènes, et déjà décrits par Golgi.

Il n'a pas constaté les croissants ni les flagella. L. GALLIARD.

III. — Dans ce cas, les granulations et les bâtonnets diffèrent de ce qu'ont décrit les auteurs. Au lieu de se montrer constamment noires, les granulations ont parfois une teinte jaune clair brillante, ou verdâtre, ou rougeâtre, ou enfin brun rouge. Les granulations jaunes ou

verdâtres se décomposent en petites particules ou s'arrondissent; les autres, qui sont du reste plus petites, ne subissent pas de semblables transformations. C'est dans les cellules dont le protoplasma se colore fortement par le bleu de méthylène qu'on voit le plus nettement ces granulations brun-rouge. Il n'y a donc pas les granulations pigmentaires des auteurs; le pigment noir fait défaut.

L'auteur attribue ces particularités à l'extrême bénignité de la maladie : le sujet souffrait peu, n'avait que de légers accès et a guéri sous l'influence de faibles doses de quinine; la rate était à peine tuméfiée.

Le pigment n'apparaît probablement que dans les cas graves, quand la destruction des globules rouges est très active. L. GALLIARD.

Sur l'antagonisme entre les bacilles du charbon et ceux du pus bleu, par N. BLAGOVESTCHENSKY (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 11, novembre* 1890).

Le voisinage seul des produits de l'activité vitale des bacilles pyocyaniques composés d'une sorte de substance volatile (en ouvrant les chambres humides on était toujours frappé d'une odeur forte désagréable) exerce une influence nuisible sur le développement des bactéridies charbonneuses. Aussi bien dans l'organisme qu'au dehors, il y a antagonisme entre ces deux bactéries, au profit du bacille pyocyanique.

Ce dernier doit l'avantage à l'action directe de ses produits sur la bactéridie du charbon. P. TISSIER.

Érysipèle de l'oreille chez le lapin par l'inoculation de différents streptocoques, par Eug. FRÆNKEL (*Münch. med. Woch., n° 27, 8 juillet* 1890).

Pour Fränkel, le streptocoque décrit par Fehleisen n'a pas de spécificité propre. L'inoculation à la surface interne de l'oreille du lapin de streptocoques provenant d'exsudats péritonitiques, de lymphangites, d'un infarctus ramolli de la rate chez un typhique, de l'exsudat péritonéal puerpéral, celle des coques du pus de Rosenbach, détermine un érysipèle typique fébrile.

Inoculés dans l'œil, ils donnent de la panophthalmie et de l'infection générale. P. TISSIER.

I. — Mikroorganismen der Krebsneubildungen (Microbes du cancer), par KUBASSOF (*Wien. med. Presse, n° 29, p.* 1145, 1890).

II. — Les psorospermies dans l'épithélioma, par VINCENT (*Tribune méd.*, 2 *octobre* 1890).

III. — Characteristic organism of the cancer, par W. RUSSELL (*Lancet, p.* 1259, 13 *décembre* 1890).

I. — En 1886 et 1887, l'auteur a obtenu des cultures pures avec divers carcinomes; chez un lapin inoculé, il a constaté des noyaux hépatiques et mésentériques analogues au carcinome de l'homme.

Dans le suc de plusieurs cancers gastriques il a pu colorer des bâtonnets courts et épais à extrémités pointues, tantôt isolés, tantôt agglomérés, qu'il avait vus déjà dans le suc de carcinomes mammaires et utérins. En inoculant le suc ou de minces fragments de pulpe à divers milieux de cultures, il a vu se développer, dans un tiers des cas, au bout d'une semaine, des colonies de bâtonnets analogues aux premiers.

Ces bactéries croissaient lentement et dès que les colonies avaient acquis un certain développement, elles perdaient leur activité de reproduction, elles ne pouvaient plus servir à de nouvelles cultures. Elles ne croissaient qu'à la surface des milieux de culture, de sorte qu'on devait les considérer comme aérobies. Les colonies avaient l'aspect de gouttes de stéarine et une coloration blanche ou blanc bleuâtre. Pas de liquéfaction des milieux solides.

Sous l'influence du sublimé à 1/1000 et de l'acide chlorhydrique à 5 0/0, les bactéries sont détruites en 15 minutes; de même en présence du perchlorure de fer à 1/10.

L'auteur n'a pas découvert de spores. Les bactéries sont pathogènes pour les cobayes, les chiens, les lapins, les chats. Dans seize expériences que publie l'auteur on a constaté, au bout d'un espace de temps qui a varié d'une semaine à deux mois, des noyaux carcinomateux, spécialement dans le foie, les ganglions mésentériques, les parois de l'intestin. La carcinose était produite soit par l'injection sous-cutanée de cultures bactériennes, soit par le mélange de ces cultures aux aliments ingérés.

L. GALLIARD.

II. — Sur les préparations colorées par la safranine ou par le carmin lithiné d'Orth, ces corps se présentent sous forme de cellules sphériques ou ovales, ou bien à contours sinueux. Leurs dimensions sont à peu près celles d'une cellule du corps muqueux. Leurs contours sont très nets. Ces psorospermies sont parfois veuves de noyaux, mais le plus souvent il en existe au centre un ou plusieurs, ordinairement arrondis, rarement de forme navicellaire. Ces corps, qui ne se rencontrent que dans les parties dégénérées, ont été observés par l'auteur dans tous les épithéliomas pavimenteux. OZENNE.

III. — Russell a pu, au moyen d'un procédé de coloration particulier avec la fuchsine, constater dans les tumeurs des éléments dont la coloration brillante pourprée tranche sur la coloration verdatre des autres tissus. Il les appelle provisoirement « fuchsine bodies. »

Sur 45 tumeurs malignes examinées (épithéliomas de la lèvre et de la face, squirrhes du sein, lymphadénomes ganglionnaires, cancers utérins), ces éléments furent rencontrés 43 fois. Ils sont arrondis, groupés par petits foyers de deux à vingt. Ils ne se retrouvent pas dans les gliomes, les sarcomes, les papillomes, les myomes, les condylomes syphilitiques, les tissus enflammés, les tissus tuberculeux, les lésions de la fièvre typhoïde.

Ces éléments étudiés par la méthode de Gram ont montré le mode de développement suivant : les « fuchsine bodies » volumineux donnent naissance à un petit corps globulaire qui s'en éloigne tout en leur restant attaché par un filament et se développe à distance. Il se forme ainsi une sorte de chaîne. Par suite de ce développement, ces corpuscules peuvent donc être regardés comme des protozoaires. A.-F. PLICQUE.

Ueber die Reinkultur des Actinomyces, par Odo BUDJWID (*Centr.-Bl. f. Bakt. u. Parasit.*, *VI*, *p.* 630, 1889).

L'auteur est arrivé à cultiver l'actinomycète sur divers milieux en se servant de la méthode indiquée par Buchner pour la culture des microbes anaérobies.

L'actinomycète, en culture, se montre sous forme de grumeaux blanc jaunâtre, qui ne s'élèvent que peu au-dessus du niveau de la couche d'agar, mais qui ont cette propriété particulière de pénétrer dans l'intérieur de celle-ci en formant de longs filaments ; ceux-ci, dans les cultures anciennes, présentent à leur extrémité des renflements ovoïdes qui sont, soit des formes d'involution, soit de véritables gonidies ; mais cette distinction n'est pas encore faite. W. O.

Étude sur la variabilité du bacille rouge de Kiel, par Em. LAURENT (*Ann. de l'Institut Pasteur*, *n°* 8, 25 *août* 1890).

Il est possible, par l'action de la chaleur, la privation d'oxygène, la culture dans certains milieux acides, d'entraver la fonction chromogène du bacille rouge de Kiel, mais d'une façon non héréditaire ; sous l'influence de la lumière, on peut obtenir une variété incolore fixe, qui se distingue par l'absence de coloration dans les milieux de culture liquide à toutes les températures et qui est héréditaire.

La fonction chromogène reparaît sur tranches de pomme de terre à la température ordinaire. P. TISSIER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Studien über die Cocaïnreihe (La série cocaïnique), par EHRLICH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 717, 1890).

La cocaïne est un composé dans lequel l'ecgonine s'associe à un radical alcoolique et à un radical acide ; c'est la méthylbenzoylecgonine.

L'auteur, ayant découvert une lésion de la cellule hépatique qu'il considère comme caractéristique de l'intoxication par la cocaïne, recherche quels sont, dans la série, les corps qui déterminent les mêmes désordres. Cette lésion est constituée par la dégénérescence vacuolaire des cellules du foie, lesquelles augmentent de volume et atteignent parfois des dimensions énormes ; dans ces cellules, on ne trouve plus qu'une petite quantité de protoplasma refoulée par les vacuoles, et condensée autour du noyau, qui lui-même est atrophié. La matière glycogène a disparu.

En outre, on trouve dans le foie des cellules graisseuses et des cellules nécrosées (nécrose de coagulation de Weigert). La dégénérescence graisseuse atteint aussi les cellules des voies biliaires et celles des vaisseaux sanguins.

L'aspect macroscopique du foie est le suivant: hypertrophie considérable de l'organe, coloration pâle, anémique, avec quelques taches congestives et quelques foyers de nécrose.

C'est sur les souris empoisonnées par la cocaïne que l'auteur a fait ses observations.

La lésion caractéristique (dégénérescence vacuolaire) n'est produite que par les corps complexes comme la cocaïne. Les composés plus simples, la méthylecgonine et la benzoylecgonine, sont inhabiles à la déterminer ; ils produisent l'atrophie du foie.

On la constate au contraire quand on empoisonne les souris avec des corps de la série dans lesquelles le méthyle est remplacé par un autre radical alcoolique ou bien l'acide benzoïque par un autre acide.

Parmi les corps de la première catégorie, l'auteur a expérimenté la cocéthyline, la cocopropyline, l'isopropyline, la cocoïsobutyline, lesquelles ont le même degré de toxicité que la cocaïne.

A la seconde catégorie appartiennent l'isatropylcocaïne, la phénylacétylecgonine, la valérylcocaïne (ces deux derniers employés à l'état d'iodhydrates), la phthalyldiecgonine (à l'état de bromhydrate).

Tous ces corps ont donc, comme la cocaïne, une affinité spéciale pour la cellule hépatique. L. GALLIARD.

Ueber die physiologische Wirkung des Cocaïns (Sur l'action physiologique de la cocaïne), par **Ugolino MOSSO** (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVII*, *p.* 553, *et Arch. ital. de biol.*, *t. XIV*, *p.* 247).

1° La cocaïne agit sur les nerfs moteurs et les paralyse. Elle exerce aussi une action essentielle sur les cellules ganglionnaires médullaires, et, dans des conditions déterminées, elle ne suspend la sensibilité qu'en agissant sur le segment médullaire correspondant.

2° La cocaïne n'est pas un curare sensitif. A un stade très avancé de l'empoisonnement, les nerfs sensitifs continuent à réagir, même à un degré d'intoxication mortel.

3° La cocaïne exerce une action exactement comparable à celle du froid sur le névraxe : elle abaisse l'excitabilité des centres et la production des réflexes sensitifs, en laissant subsister la motilité volontaire.

4° La cocaïne, appliquée localement sur les nerfs mixtes, agit non seulement sur la conductibilité des fibres sensitives, mais aussi sur celle des fibres motrices.

5° Lorsque, chez un animal, une grande partie de la moelle épinière reste indemne tandis que l'autre partie est empoisonnée par la cocaïne, la sensibilité disparaît après la motilité. La cocaïne détruit la conductibilité centrifuge de la moelle.

6° A faibles doses, la cocaïne favorise la contraction musculaire (1 milligramme par kilogr. chez le chien). Des doses fortes l'entravent.

7° Les doses nécessaires à l'empoisonnement général sont incomparablement plus faibles que celles qui sont nécessaires pour l'action locale.

L'action de la cocaïne ressemble à celle de la strychnine : elle est seulement plus faible. Dans ses effets anesthésiques, elle agit comme le chloroforme et l'éther, non seulement parce qu'elle paralyse le protoplasma et tous les éléments organiques, mais parce que la série des phénomènes est la même.

8° Après ingestion d'un décigramme de cocaïne, les muscles de l'homme sont en état d'accomplir un plus grand travail qu'à l'ordinaire. L'effet inverse, effet paralysant, se produit lorsque la cocaïne arrive brusquement à fortes doses dans le courant circulatoire. L'effet de ren-

forcement de la cocaïne sur le muscle apparaît plus nettement sur le muscle fatigué ou après le jeûne. Elle facilite le processus naturel de réparation du muscle.

9° La cocaïne accroît la sensibilité de la peau (après ingestion de 5 à 10 centigrammes chez l'homme). Il peut y avoir cependant des irrégularités dues à la susceptibilité à l'empoisonnement, maux de tête, vertiges, tremblement, etc.

10° La cocaïne accélère la réaction physiologique de la perception élémentaire. Elle ne modifie point la conductibilité nerveuse : son action porte sur les centres.

11° La cocaïne, à petites doses, accroît les processus chimiques. A fortes doses, elle produit des malaises et abaisse l'activité nerveuse ainsi que l'activité chimique.

12° A petites doses, elle exerce un effet vaso-constricteur énergique.

13° Chez les animaux à sang froid, la période d'hyperexcitabilité est moins prononcée : la période convulsive fait défaut assez habituellement.

14° La cocaïne accroît la température de la grenouille.

15° Chez le chien, elle fait disparaître momentanément (4 ou 5 minutes) le reflexe patellaire.

16° La toxicité cocaïnique diffère chez les différents animaux : la différence ne dépend pas seulement de la température et de la masse du système nerveux.

17° Les solutions faibles favorisent d'abord la germination des graines. puis l'entravent et l'empêchent. DASTRE.

Wirkung des Cocains auf die Contractilität des Protoplasma, par P. ALBERTONI (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLVIII*, *p.* 307).

Sighicelli (1885) a démontré que la cocaïne agissait non seulement sur la sensibilité de l'œil, mais sur la contractilité des muscles striés et des muscles lisses de la pupille. Elle agit également sur l'intestin et sur les muscles lisses des vaisseaux (U. Mosso). L'auteur arrive lui-même aux conclusions suivantes : la cocaïne exerce suivant les doses une action excitante ou paralysante sur le protoplasma. Les larves de lépidoptères et les amibes perdent leur motilité dans une solution de chlorure de sodium qui contient 1/2 à 2 0/0 de cocaïne ; ils la récupèrent dans l'eau pure. Les globules du sang de l'écrevisse sont dans le même cas.

Les cellules des glandes muqueuses répandues dans la membrane clignotante de la grenouille cessent de réagir au courant électrique. Les spermatozoïdes sont brusquement immobilisés. De même les cils vibratiles. La diapédèse des leucocytes cesse de se produire.

Le courant musculaire et le courant nerveux cessent de se manifester, La cocaïne serait, d'après cela, un poison protoplasmique. DASTRE.

Klinische Untersuchungen über die Wirkung von Caffein... (Recherches cliniques sur l'action de la caféine, de la morphine, de l'atropine, du seigle ergoté et de la digitale sur la pression artérielle, faites à l'aide du sphygmographe de Basch), par Sophie FRÆNKEL (*D. Arch. f. klin. Med.*, *XVI*, *p.* 542).

La *caféine* à la dose de 0,5 à 0,8 par jour élève la pression artérielle; cette élévation se poursuit pendant 2 à 3 jours, atteint son

maximum, et décroît au bout de 1 à 2 jours. Nouvelle élévation, mais moins marquée avec de nouvelles doses de caféine. L'influence diurétique ne paraît résulter que partiellement de l'élévation de la pression artérielle.

Une fois le maximum de la pression atteint, on n'obtient rien de plus en continuant l'administration de la caféine, qui cependant n'est pas nuisible; il n'y a pas accumulation.

Les injections sous-cutanées de caféine (0 gr. 1 à 0 gr. 2), agissent rapidement dans le même sens.

Avec les injections de morphine, il y a eu tantôt état stationnaire, tantôt augmentation de la pression.

Avec les injections d'atropine, il y a eu, pendant 20 minutes à une ou deux heures, élévation modérée de la pression.

Les injections d'ergotine Nienhaus ont amené en 1 à 2 heures, une élévation de pression de 20 à 30 millimètres de mercure.

Dans les recherches faites avec la digitale, on a vu chez un malade qu'après l'administration de 5 doses de 0 gr. 10 centig. de poudre, il y avait au bout de 2 jours élévation de la pression sanguine, de 155 à 180 et 185 millimètres de mercure.

La pression ne reste que deux jours à cette hauteur, elle demeure à 170, la même dose étant continuée. Une seconde fois, on obtint encore une élévation de 185 millimètres. Il n'y eut cependant ni augmentation de la diurèse ni amélioration de l'état du malade. Chez d'autres, avec une élévation analogue de la pression, il y a eu en même temps polyurie et amélioration des phénomènes cliniques. A. M.

The action of caffein on the circulation, par Edward T. REICHERT (*Therapeutic Gazette, VI*, 5).

Le pouls est ralenti à la première et à la dernière période de l'intoxication par la caféine, mais, pendant le cours de l'intoxication, il est plutôt accéléré. Dans la première période le ralentissement dépend d'une action inhibitrice sur le bulbe et sur le cœur, tandis que dans la dernière période ce ralentissement provient d'une paralysie directe du cœur.

L'accélération est due à une dépression ou paralysie des centres inhibiteurs du cœur.

La pression artérielle, pendant les premières périodes de l'intoxication, reste généralement sans changements; parfois elle peut être diminuée ou légèrement augmentée. Pendant les autres périodes, la pression est diminuée.

L'augmentation est due à une action directe, stimulante sur les parois des vaisseaux sanguins, qui augmente la tension vasculaire. La diminution est due à une dépression du cœur et à une action paralysante secondaire des parois vasculaires.

L'accélération des battements du cœur peut être accompagnée par une modification peu appréciable de la pression sanguine qui accompagne la pression cardiaque.

La caféine diminue la force de travail du cœur, l'arrête dans la diastole et amène quelquefois une paralysie secondaire; elle est par conséquent un dépresseur cardiaque.

L'action stimulante exercée sur la circulation est certaine et dépend d'une excitation des centres cérébraux. H. CHOUPPE.

Sur le chlorhydrate d'orexine, par SCHMITT (*Revue méd. de l'Est*, *n*os 19, 20 *et* 21, 1890).

L'orexine ne semble avoir aucune action sur le processus chimique de la digestion. Les effets favorables, comme ceux des amers, paraissent s'expliquer par une excitation des fibres musculaires stomacales ou des terminaisons nerveuses sensitives de la muqueuse gastrique. En somme c'est un stomachique d'ordre secondaire, qui, s'il réussit quelquefois, échoue fort souvent, et sur lequel il ne faut pas trop compter.

LEFLAIVE.

Ueber die Einfluss d. Strychnins auf d. Grosshirn (Influence de la strychnine sur le cerveau), par E. BIERNACHI (*Therapeut. Monatshefte*, *août* 1890).

La strychnine est un médicament qui agit sur le cerveau et qui, employée en injections sous-cutanées ou localement, diminue l'excitabilité corticale. Il est douteux que la strychnine agisse directement sur la substance grise du manteau ; vraisemblablement, la diminution de l'excitabilité corticale est produite par l'irritation de la moelle et peut-être aussi des autres parties du système nerveux.

On s'explique ainsi les bons effets de la strychnine dans la dipsomanie, l'insomnie, etc. P. TISSIER.

Sur la salipyrine, par O. KOLLMANN (*Münchener medic. Wochenschrift*, 25 *novembre* 1890).

La salipyrine ou salicylate d'antipyrine est un antipyrétique puissant et un agent résolutif. Elle agit en irritant les vaso-moteurs et leurs centres. La dose de 6 grammes, indiquée comme dose quotidienne normale par Guttmann, est trop forte. En effet, 3 grammes même peuvent déterminer, dans certaines conditions, des symptômes alarmants. Il faut donc tâter avec soin la susceptibilité individuelle, en donnant d'abord de petites doses, et interrompre dès qu'il survient des signes d'intolérance : vomissements, puis érythème vaso-moteur, diarrhée quelquefois involontaire, envie fréquentes d'uriner, insomnie, agitation, vomissements, mydriase, perte de la parole et de la connaissance. P. TISSIER.

Recherches cliniques sur l'action diurétique de la théobromine, par Christian GRAM (*Therap. Monats.*, *janvier* 1890).

La caféine agit sur la sécrétion rénale de deux façons : 1° en excitant le système nerveux centra let les centres vaso-moteurs. La vaso-constriction qui résulte de l'action sur les centres vaso-moteurs a lieu aussi sur les artères du rein, d'où *diminution de la sécrétion;* 2° en excitant l'épithélium rénal, d'où augmentation de sécrétion.

Ces deux effets opposées expliquent les irrégularités de l'action de la caféine en thérapeutique. Pour obtenir la diurèse, il faut supprimer l'action sur les centres (chloral, paraldéhyde). La théobromine n'a pas cette dernière action.

La théobromine pure est difficilement résorbable chez l'homme. Re-

sorbée, elle produit une forte diurèse sans agir sur le cœur. La diurèse ne reconnaît donc pour mécanisme qu'une action directe sur le rein.

La théobromine combinée au salicylate de soude est bien résorbée et possède un pouvoir diurétique énergique. Elle n'est nullement toxique ; chez un seul malade très affaibli, elle détermina quelques vertiges.

La dose quotidienne de salicylate de soude théobromé est de 6 gr. environ, par prise de 1 gr. Le salicylate de soude n'intervient pas dans l'effet diurétique, ainsi que Gram s'en est assuré directement. P. TISSIER.

Action physiologique de la morphine chez le chat, par L. GUINARD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 22 *décembre* 1890).

La morphine est toujours, et à quelque dose que ce soit, un excitant et un convulsivant énergique pour les chats. Mais elle a cependant une action telle sur ces animaux que leurs centres nerveux, bien qu'excités à l'excès, sont comme ébranlés et affaiblis, et cèdent beaucoup plus facilement à l'action des anesthésiques. Ces effets d'excitation remarquables, constatés chez un animal très nerveux, pourraient, conclut l'auteur, être rapprochés des phénomènes de même ordre, observés dans l'espèce humaine, particulièrement chez les femmes, où on rencontre des sujets pour lesquels la morphine n'est jamais un calmant. M. D.

Ueber das Protopin (Sur la protopine), par R. v. ENGEL (*Archiv für exper. Pathologie und Pharmak.*, *XXVII*, *p.* 419).

La protopine $C^{20}H^{19}AzO^{5}$ est un alcaloïde de l'opium extrait par Hesse en 1870. On l'a trouvé dans le Macleya cordata, le Chelidonium majus, le Stylophoron diphyllum. L'auteur en étudie l'action physiologique. Elle agit sur le cœur et sur les centres vaso-moteurs. A doses moyennes elle paralyse les appareils d'inhibition ; à fortes doses, le muscle cardiaque. De même, il y a paralysie des centres vaso-moteurs, tandis que les nerfs eux-mêmes ont conservé leur excitabilité. Pas d'action spéciale sur la respiration. Chez la grenouille, la protopine agit à petites doses comme la plupart des alcaloïdes de l'opium. A fortes doses elle paralyse la substance musculaire et les terminaisons nerveuses. L'excitabilité est conservée sauf avec les doses fortes. Chez les mammifères, l'action est comparable à celle du camphre. Elle s'en distingue pourtant par la paralysie des organes de la circulation. DASTRE.

Peptonémie et peptonurie expérimentales, par BOULENGIER, DENÆYER et DEVOS (*Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique, tome X,* 1890).

La peptone introduite dans l'économie, même à doses très faibles ($0^{gr},07$ par kilogramme), par toute autre voie que la muqueuse gastro-intestinale, n'est pas assimilée et est éliminée principalement par les urines (peptonurie). Les injections intra-veineuses de peptone pratiquées dans un but thérapeutique, contrairement à l'opinion émise par Mundé et Fowler, sont irrationnelles et inutiles, sans parler des dangers auxquels expose toujours semblable opération. La peptone injectée, même en quantités très faibles, dans les séreuses pleurale et péritonéale s'élimine par les urines.

La peptonurie survient rapidement (un quart à une demi-heure après l'injection), et dure un, deux et même trois jours et plus, suivant la dose employée.

Chez un individu physiologique, des doses massives de peptones introduites par gavage et absorbées par la voie gastro-intestinale ne passent pas dans les urines. Le foie n'exerce pas une action d'arrêt ou de transformation sur la peptone injectée dans la veine porte.

Dans la peptonémie normale, qui est d'origine gastro-intestinale, la peptone qui se trouve dans le sang a déjà subi un commencement d'élaboration par la muqueuse digestive, ce qui la rend assimilable et l'empêche de s'éliminer par les urines.

La peptone pure n'est pas toxique. La proposition de Bouchard, qui dit que 1gr,69 de peptone tue 1 kilogramme d'animal, est inexacte. On peut même injecter jusqu'à 5 grammes sans provoquer la mort. Les phénomènes d'intoxication sont dus à une altération des produits (microbes et ptomaïnes). Cependant, injectée dans le sang à dose massive (3 à 5 grammes par kilogramme d'animal), la peptone pure peut devenir nocive en créant des accidents analogues à l'hydrémie. La nocivité des doses massives de peptone pure est subordonnée à leur nature ou à leur origine. La peptone d'albumine de blanc d'œuf est plus nocive que la peptone d'albumine de viande. LEFLAIVE.

Ueber die physiologische Wirkung des Trional und des Tetronal, par W. BARTH et RUMPEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 32, *p.* 722, 1890).

Les auteurs comparent à l'action du sulfonal celle du diéthylsulfonméthyléthylméthane ou trional, et du diéthylsulfondiéthylméthane ou tétronal.

Le premier de ces corps administré à 40 malades, dans 72 cas, a produit 64 fois le sommeil ; le second, donné à 30 sujets dans 74 cas, l'a produit 65 fois. On ne prescrivait pas plus de 4 grammes en vingt-quatre heures. L'action hypnotique de ces deux médicaments est à peu près égale à celle du sulfonal.

Dans certains cas, le sulfonal ayant échoué, ils ont réussi. Du reste, dès que l'efficacité d'un des trois remèdes paraît faiblir, il y a avantage à le laisser de côté pour prendre un de ses congénères.

On ne peut formuler pour chacun des trois d'indications spéciales. Le trional et le tétronal réussissent peut-être mieux que le sulfonal chez les sujets nerveux ; ils échouent au contraire dans le délire alcoolique.

Jamais d'effet nuisible, jamais d'accident. L. GALLIARD.

Lysol, ein neues Desinfectionsmittel, par GERLACH (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 *mai* 1890).

La solution de lysol à 5 0/0 tue les spores du charbon en 5 jours, celle d'acide phénique à 5 0/0 les tue en dix jours seulement.

La solution de lysol à 0,25 0/0 tue le staphylococcus pyogenes aureus en 5 minutes ; celle d'acide phénique à 2 0/0 le tue en 50 minutes seulement.

De même pour l'érysipelcoccus.

Le lysol est peu toxique ; on peut injecter 2 grammes de lysol pur sous

la peau du lapin tous les jours pendant deux semaines sans tuer l'animal.

Il n'irrite pas les plaies; en solution à 1 ou 2 0/0, il produit sur les muqueuses une légère cuisson. La solution à 0,30 0/0 suffit pour anéantir en 20 à 30 secondes tous les micro-organismes des plaies.

La solution à 3 0/0 a les propriétés d'un savon; elle mousse et peut être utilisée pour la désinfection des mains. L. GALLIARD.

Observations et expériences sur l'action pharmacologique et thérapeutique du phénylurétane, par L. SANSONI (*Archivio italiano di clin. medic.*, *XXIV*, 2).

Le phénylurétane est un antithermique sûr : il ne produit ni vomissements ni troubles digestifs; son action commence une demi-heure après son administration; elle atteint son maximum au bout de 3 heures et persiste pendant 6 heures environ.

L'abaissement de la température s'annonce en général par une rougeur notable de la peau que suit une sueur abondante. La réaction est en général brusque et accompagnée d'un froid intense.

Il se produit quelquefois un abaissement de la température au-dessous de la normale, phénomène qui n'a rien de dangereux et ne s'accompagne pas de véritable collapsus; le pouls et la respiration se maintiennent dans un état satisfaisant.

Le phénylurétane agit surtout dans le rhumatisme articulaire aigu. Ses propriétés analgésiques sont certaines dans quelques cas, douteuses ou nulles dans d'autres.

C'est un antiseptique puissant qui peut être utilisé en chirurgie et en oculistique.

La dose quotidienne comme antipyrétique, est de 1 gramme à 1 gr. 1/2 par 0,25 ou 0,50 cent. dans du pain azyme ou dans du vin de Marsala. Dans le rhumatisme, on peut élever la dose à 2 ou 3 grammes par jour pour obtenir l'analgésie. La dose d'essai, chez les fébricitants, est de 0,10 cent.

Le phénylurétane ne paraît pas exercer d'action sur les échanges de l'organisme. Les phénomènes d'empoisonnement consistent dans un collapsus progressif. A. SIREDEY.

Die Wirkung d. Chloralamids auf Kreislauf und Athmung (Action de la chloralamide sur la circulation et la respiration), par LANGGARD (*Therap. Monatsh.*, *n°* 1, 1890).

La chloralamide abaisse la pression sanguine d'une façon très notable et diminue l'amplitude des respirations. Aux doses habituelles, il n'en résulte aucun symptôme alarmant chez l'homme, sauf dans certains états pathogéniques, les affections du cœur notamment. P. TISSIER.

I. — Recherches expérimentales et cliniques sur le monochloral et le bichloral-antipyrine, par SOUTAKIS (*Thèse de Paris*, *n°* 234, 1890).

II. — De la médication hypnotique analgésique (monochloral antipyrine), par ZESSARSKY (*Thèse de Paris*, *n°* 310, 1890).

I. — Le monochloral et le bichloral-antipyrine agissent comme le chloral; ils diffèrent cependant un peu de ce dernier corps par leur

action moins dépressive sur le cœur et les vaisseaux. Ils possèdent une action hypnotique à la dose de 20 à 25 centigrammes par kilogramme d'animal, en injection intra-veineuse. Ce n'est qu'à une dose variant, entre 25 et 35 centigrammes que les réflexes sont abolis et que l'on obtient l'anesthésie. C'est toujours le sommeil qui se produit le premier, l'anesthésie ne survient que plus tard.

La dose toxique est à peu près la même pour les deux composés, 1 gramme environ par kilogramme d'animal. La mort arrive par arrêt du cœur et de la respiration, l'arrêt respiratoire précédant toujours l'arrêt cardiaque. Cependant si on compare la dose toxique brute à la quantité de chloral que contiennent ces deux composés, on remarque que le chloral du monochloral-antipyrine est plus toxique que celui du bichloral-antipyrine, puisque les deux corps ont la même toxicité et que, d'autre part, il y a moins de chloral dans le monochloral que dans le bichloral-antipyrine. Le monochloral et le bichloral-antipyrine, même à dose toxique, ne déterminent jamais de convulsion.

Pendant les premières injections de ces composés la respiration se ralentit et devient plus superficielle ; mais après cette phase, les injections continuant, la respiration s'accélère, puis se ralentit de nouveau et devient exclusivement abdominale avec allongement respiratoire pour s'arrêter définitivement en expiration. Après chaque injection le cœur se ralentit légèrement et la pression artérielle s'abaisse ; puis il survient une phase passagère d'irrégularités des battements cardiaques, irrégularités qui disparaissent au moment du sommeil. Les injections continuant, la systole cardiaque diminue d'amplitude et le cœur s'arrête en diastole.

Au point de vue thérapeutique, le monochloral et le bichloral-antipyrine, à la dose de deux à trois grammes, sont des médicaments hypnotiques comparables au chloral. Ils doivent être proscrits chez les cardiaques, surtout chez ceux qui sont atteints de troubles de compensation; ils augmentent, en effet, la stase sanguine et par cela même assez souvent la quantité d'albumine. Ils peuvent être administrés impunément comme somnifères aux aortiques dans la période de compensation. Ils n'ont aucune action salutaire sur la dyspnée soit cardiaque soit pulmonaire.

Ces corps augmentent dans quelques cas la diurèse. Ils sont presque aussi irritants que le chloral pour le tube digestif. Comparés au sulfonal et aux autres hypnotiques de la série chloralique, le monochloral et le bichloral-antipyrine leur sont de beaucoup inférieurs par suite surtout de leur action dépressive sur les vaisseaux et le cœur, quoique cette action dépressive soit moins marquée que celle du chloral.

II. — Zessarsky a fait une étude complète du monochloral-antipyrine ou hypnal.

L'hypnal n'a presque pas de goût ; son odeur est nulle, ce qui lui donne une supériorité sur le chloral au point de vue de la facilité de son administration, surtout chez les enfants. Les propriétés des composants, chloral et antipyrine, se retrouvent dans l'hypnal, c'est donc un médicament qui est à la fois hypnotique et analgésique. La combinaison chimique du chloral et de l'antipyrine produit une véritable combinaison thérapeutique et les propriétés hypnotiques du chloral y sont exaltées par les propriétés nervines de l'antipyrine. L'hypnal produit des effets hypnotiques à dose d'environ un tiers ou moitié plus faibles que le chloral.

Ce corps peut surtout rendre des services dans les insomnies causées par la douleur. H. CHOUPPE.

Action de l'iode et des iodures sur la pression artérielle, par J.-L. PREVOST et Paul BINET (*Revue médic. Suisse romande, X*, 509, *août* 1890).

L'*eau iodée* et les *solutions iodo-iodurées* n'ont pas modifié sensiblement la pression quand elles étaient injectées avec lenteur dans les veines, et ont produit, mais non constamment, une légère augmentation à la suite de leur ingestion stomacale.

L'*iodure de potassium* injecté dans les veines détermine, comme sel potassique, à très faible dose, une augmentation momentanée de la pression, et, à dose plus forte, une dépression qui peut être mortelle. S'il n'y a pas eu d'accident immédiat, la pression reprend son niveau normal ; mais environ trois quarts d'heure plus tard, on trouve le plus habituellement un abaissement progressif. L'ingestion stomacale n'a pas modifié notablement la pression.

L'*iodure de sodium* introduit dans les veines est beaucoup moins dangereux que le sel potassique, mais se comporte d'une façon analogue avec des doses beaucoup plus élevées.

Après une phase d'augmentation, tantôt momentanée, tantôt d'une certaine durée, on trouve ultérieurement une période d'abaissement progressif, au milieu de laquelle peuvent apparaître des phénomènes toxiques tardifs.

Un *traitement ioduré prolongé* (ingestions stomacales quotidiennes d'iodure de potassium) n'a pas sensiblement modifié la pression dans une expérience sur le lapin et paraît l'avoir abaissée dans une autre sur le chat, avec des phénomènes d'iodisme (*R. S. M.*, VIII, 557 ; X, 92 ; XXXV, 81 ; XXXVI, 76). J. B.

Das antagonistische Verhalten der Iod-und Salicylpræparate... (Antagonisme des préparations iodées et salicylées au point de vue de leur élimination par les articulations, les exsudats et les transsudats), par O. ROSENBACH et F. POHL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 813, 8 *septembre* 1890).

Des observations rapportées dans leur travail, Rosenbach et Pohl tirent les conclusions suivantes :

1° Les préparations salicylées passent non seulement dans l'urine, mais aussi dans le liquide des cavités séreuses (articulations, péritoine et plèvres), que ces séreuses soient normales ou qu'elles soient le siège d'épanchements séreux. On les retrouve constamment aussi dans les œdèmes passifs et, en moindre quantité, dans les exsudats purulents. En revanche, on ne retrouve le salicylate de soude ni dans la salive, ni dans le suc gastrique, ni dans l'intestin, ni dans la bile.

2° Les préparations iodées, administrées à l'intérieur ou sous la peau, passent dans l'urine et la salive. Comme le salicylate de soude, on les retrouve dans les transsudats de la peau, de l'abdomen, de la plèvre ; mais, à l'inverse des préparations salicylées, elles ne passent jamais dans les exsudats séreux ou purulents, et jamais on ne les retrouve dans les articulations.

3° Le salicylate de soude, injecté dans les cavités articulaires ou sé-

reuses contenant des transsudats ou des exsudats séreux ou purulents, passe toujours rapidement dans l'urine.

4° Dans les mêmes circonstances, l'iodure de potassium est reconnaissable au bout de quelques minutes dans la salive et l'urine, qu'il s'agisse dans ces cavités de processus inflammatoires ou de simples phénomènes de stase.

5° Il existe donc entre l'iode et le salicyle cette différence fondamentale, que le salicyle, administré par la bouche ou par l'anus, injecté sous la peau ou dans une cavité, est éliminé à la fois par toutes les cavités séreuses et par l'urine, tandis que l'iode, administré par la bouche, ne passe que dans les transsudats et jamais ni dans les articulations normales ou enflammées, ni dans les exsudats des cavités et des séreuses pleurale et péritonéale. De là résultent deux faits importants :

a) Les préparations iodées sont absolument inefficaces contre le rhumatisme articulaire aigu, les pleurésies et les péritonites séreuses ou purulentes, parce qu'elles ne parviennent pas aux lieux malades.

b) Les préparations salicylées doivent être employées non seulement dans le rhumatisme articulaire aigu, mais aussi dans la pleurésie séreuse. J. B.

Action de l'eau oxygénée sur le sang, par FINAZZI (*Sicilia medica*, *n°* 9, *p.* 660, 1890).

1° L'eau oxygénée modifie les caractères chimiques, physiques et physiologiques du sang; celui-ci devient noir, présente une bande d'absorption nouvelle, et son volume se réduit.

2° L'action produite par l'eau oxygénée est différente suivant les espèces d'animaux; ainsi chez les grenouilles, on n'observe aucun effet à la température ordinaire; il n'en est pas de même lorsque ces animaux sont maintenus pendant quelque temps à la température de 35°C.

3° Les échanges respiratoires sont différents suivant le moment où on les envisage : immédiatement après l'injection d'eau oxygénée dans le sang, il se produit une augmentation considérable de l'acide carbonique expiré; plus tard, au contraire, la proportion tombe au-dessous de la normale, ce qui prouve qu'à la première période des oxydations trop abondantes se sont faites aux dépens du sang et des tissus.

4° Au début la mort est uniquement due à la présence du gaz oxygène dans le sang, et nullement à une action spécifique de l'eau oxygénée; à une époque plus tardive, si les animaux survivent un certain temps, se produit un véritable empoisonnement dû à la destruction lente et graduelle des éléments du sang; les animaux succombent dans le marasme.

G. LYON.

Electrolysis of the animal tissues, par STEWART (*Lancet*, *p.* 1264, 13 *décembre* 1890).

1° *Effets de l'électrolyse sur les solutions protéiques.* — Formation d'alcali albumine au cathode, d'acide albumine avec coagulum à l'anode. La proportion de coagulum par rapport à la formation d'acide albumine est d'autant plus grande que le courant est plus fort.

Dans une solution d'hémoglobine on peut parfois obtenir à l'anode la formation de méthémoglobine avant celle d'acide hématine.

2° *Effets sur les muscles.* — Au microscope les noyaux sont plus proéminents. Le sarcolemme devient granuleux au voisinage de l'anode. Au voisinage du cathode l'homogénéité des fibres augmente. A l'analyse chimique changements marqués dans la composition des sels.

3° *Effets antiseptiques sur les organismes ordinaires de la putréfaction.* — Le maximum d'effet antiseptique s'obtient au voisinage de l'anode. Au cathode, action des plus limitées. A.-F. PLICQUE.

Ueber die Wirkung des Giftes (venin) der Naja tripudians, par V. RAGOTZI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXXII*, *Heft* 2).

Le venin du cobra injecté sous la peau de la grenouille à doses très faibles, produit la paralysie des terminaisons motrices des nerfs périphériques. Appliqué sur le tissu musculaire même ou injecté dans les artères à doses très minimes, le venin provoque des contractions dans les fibrilles musculaires. La respiration artificielle ne suffit pas pour sauver un animal empoisonné par le venin du cobra, bien qu'il soit possible de prolonger sa vie pendant quelques heures. Ce sont principalement les terminaisons du nerf phrénique qui sont très sensibles à l'action du venin : leur paralysie amène un affaiblissement, puis une cessation des mouvements respiratoires chez les animaux à sang chaud.

Les expériences de Ragotzi montrent que le venin a peu d'influence sur la moelle épinière et le système nerveux central; c'est surtout la partie motrice du système nerveux périphérique qui est atteinte par le poison. La sphère sensitive échappe également à son influence, puisque les réflexes sont conservés sur un animal empoisonné.

Le cœur s'arrête en diastole par l'application sous-cutanée du venin; les injections intra-veineuses, au contraire, amènent un arrêt systolique du cœur, probablement par une influence directe sur la musculature cardiaque.

Chez les mammifères, le venin altère le sang de telle sorte que les globules rouges perdent toute tendance à s'agglutiner et à se mettre en piles. La plupart prennent la forme biconvexe. Au bout de quelques heures, le venin dissout les globules rouges.

Les reins éliminent le venin; en effet, si l'on injecte à une grenouille de l'urine d'un chien empoisonné de cette façon, la grenouille est complètement paralysée au bout de vingt-quatre heures, alors que l'urine normale du chien ne produit dans les mêmes conditions aucun effet nuisible. ÉD. RETTERER.

Traité des poisons, par Louis HUGOUNENQ (*Paris*, 1891).

Se plaçant au point de vue pratique et procédant du simple au complexe, sans trop s'inquiéter des classifications doctrinales ou physiologiques, Hugounenq étudie successivement comme toxiques :

1° Les métaux indestructibles et faciles à isoler : cuivre, plomb, mercure, zinc, arsenic et antimoine. A propos du traitement de l'empoisonnement arsenical, Hugounenq s'appuie sur ses expériences pour dénier au nitre tous effets diurétiques;

2° Les caustiques acides ou alcalins, le phénol et l'acide oxalique faisant la transition entre les agents corrosifs et les poisons proprement dits;

3° Les poisons volatils ou altérables qu'on ne reconnaît qu'à la condition de conduire rapidement l'expertise : phosphore, gaz vénéneux (oxyde de carbone, vapeurs nitreuses, hydrogène sulfuré et sulfhydrate d'ammoniaque, acide carbonique), alcool, anesthésiques, chloral, iodoforme, acide prussique. Dans l'empoisonnement par le cyanure de potassium, l'appareil digestif renferme généralement de l'ammoniaque, qui pourrait donner le change à l'expert et qui résulte d'une décomposition partielle du cyanure. Pour le même empoisonnement, Hugounenq signale l'importance de doser la potasse dans le contenu stomacal; ce dosage est préférable à celui de l'acide prussique en nature ; il est plus rapide et garde toute sa valeur quand le cyanure a été partiellement altéré ou même complètement détruit ;

4° Enfin, les alcaloïdes, dont la recherche est d'autant plus délicate qu'il y a lieu de ne pas les confondre avec les bases normales ou morbides de l'organisme (leucomaïnes et ptomaïnes). J. B.

Recherches expérimentales sur les troubles nerveux du saturnisme chronique et sur les causes déterminantes de leur apparition, par COMBEMALE et FRANÇOIS (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 4 *août* 1890).

Les chiens soumis à une intoxication saturnine chronique montrent de bonne heure des signes évidents d'encéphalopathie ou de myélopathie ; ils présentent des accès de peur intense, avec hallucinations ou illusions de la vue, et enfin des attaques d'épilepsie bien caractérisées, remplacées parfois par des mouvements choréiformes limités à une moitié du corps ou même à un membre. L'injection d'eau alcoolisée produisant l'ivresse, ou bien l'émotion produite par une menace de correction, et, dans un cas, le simple cathétérisme, ont été autant de circonstances qui ont provoqué l'apparition de ces manifestations nerveuses ; et l'observation clinique apprend, en effet, combien souvent apparaît chez l'homme l'épilepsie saturnine sous l'influence déterminante de l'ivresse, d'un traumatisme ou d'une vive émotion morale. M. D.

Ueber acute und chronische Intoxicationen durch Nitrokörper der Benzolreihe, par M. RŒHL (*Thèse de Rostock* 1889 *et Viertelj. f. gerichtl. Med., juillet* 1890).

Röhl a observé des phénomènes d'intoxication, au nombre de 60 cas, chez les ouvriers d'une fabrique de roburite, explosif composé de quatre parties de nitrate d'ammoniaque et d'une partie de métadinitrobenzine; tous les ateliers étaient remplis constamment d'une odeur intense de nitrobenzine.

Les accidents ont consisté en : émaciation, affaiblissement, teinte jaune sale des téguments, petitesse du pouls, sensation vertigineuse, rétrécissement du champ visuel, hypertrophie de la rate, troubles de la sensibilité (sensation de pesanteur et de froid dans les membres inférieurs). Dans les cas les plus graves, le sang avait une couleur de chocolat. J. B.

Intoxication iodoformique mortelle, etc., par BAROIS (*Arch. de méd. milit., p.* 81, *août* 1890).

Chez un malade porteur d'un abcès froid sous le grand pectoral gauche, étendu de la clavicule au rebord inférieur de la cage thoracique, et du ster-

num à la ligne axillaire, Barois retire par une ponction 300 grammes de pus et injecte 55 grammes de solution d'éther iodoformé à 5 0/0, soit 2gr,75 d'iodoforme. Des accidents immédiats asphyxiques surviennent, puis des phénomènes d'excitation qui durent quatre ou cinq jours, pour faire place à un état comateux, accidents qui entraînent la mort le neuvième jour.

A l'autopsie, on trouve dans le premier espace intercostal un trajet fistuleux conduisant sur la face postérieure de la deuxième côte cariée ; le poumon gauche est atrophié et coiffé d'adhérences pleurales épaisses : dégénérescence graisseuse du myocarde, des reins, qui présentent, en outre, des signes de néphrite suppurée. Lésions discrètes de méningo-encéphalite.

Barois admet que l'éther iodoformé a pénétré dans le thorax par le trajet fistuleux, et qu'il a imprégné les plèvres et peut-être aussi le tissu pulmonaire superficiel, où il a été absorbé et a pu ainsi rapidement imprégner l'organisme. Il considère la région costo-mammaire comme une zone particulièrement dangereuse à l'emploi de l'iodoforme; et dans un tableau de 42 cas d'intoxication, dont 34 mortels, il montre que 13 fois il s'agit d'opérations pratiquées sur cette région anatomique.

MAUBRAC.

Sublimatvergiftung... (Empoisonnement par le sublimé, consécutif à la cautérisation de condylomes), par E. v. HOFMANN (*Wiener klin. Wochenschr.*, *n°* 16, 1890).

Un médecin venait de cautériser sur une jeune femme de 29 ans des papules syphilitiques aux parties génitales, à la poitrine et à l'aisselle, au moyen de la solution de Plenck (mélange à parties égales de sublimé, d'alun, de camphre, de céruse, d'esprit-de-vin et de vinaigre); en outre, il avait badigeonné des plaques muqueuses de la bouche avec une solution alcoolique de sublimé à 1 0/0. Les douleurs dues à la cautérisation furent si vives, que cette femme tenta de se suicider. Mais elle ne tarda pas à présenter les symptômes de l'empoisonnement par le sublimé. Elle succomba au bout de huit jours, et à l'autopsie on trouva les lésions caractéristiques de l'intestin. La quantité de sublimé employée pour le badigeonnage buccal était de 0gr,012.

LEFLAIVE.

Opium poisoning treated by atropin, par COOKE (*Lancet, p.* 1097, 22 *novembre* 1890).

L'empoisonnement avait eu lieu par 12 grammes de teinture d'opium. L'atropine fut administrée par injection hypodermique. Trois injections furent faites en trois heures; la quantité totale injectée fut d'un peu plus d'un centigramme. Guérison malgré les signes d'intoxication les plus graves.

A.-F. PLICQUE.

THÉRAPEUTIQUE.

Tuberculose experimentale (Note sur un mode de traitement et de vaccination), par GRANCHER et MARTIN (*Bull. méd.*, 20 *août* 1890).

Dans leurs expériences, Grancher et Martin ont toujours choisi, comme sujet, le lapin, et, comme voie d'inoculation, l'injection intra-

veineuse. Une dernière série, dont les résultats sont identiques à celles qui l'ont précédée, comprend 7 lapins inoculés avec une culture très virulente. Le lapin témoin est mort 23 jours après l'inoculation; quant aux six autres, ils ont vécu de 126 à 229 jours après cette inoculation, et leur autopsie, au point de vue tuberculeux, a été négative. D'autres expériences dont on donne la relation, ont encore été faites avec des cultures de virulence variable, et de l'ensemble de ces études, Grancher et Martin concluent qu'ils ont réussi, d'une part, à donner aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale la plus rapide et la plus certaine, et, d'autre part à leur conférer, contre la même maladie, une immunité dont il reste à déterminer la durée. OZENNE.

I. — Influence de l'infusion de sang de chien à des lapins sur l'évolution de la tuberculose, par J. HÉRICOURT et Ch. RICHET (*Soc. de Biologie*, 2 *mars* 1889, *et* 31 *mai et* 13 *juin* 1890).

II. — Réflexions à propos de la communication de Ch. Richet. Expériences de BOUCHARD, par CHARRIN (*Ibidem*, 7 *juin* 1890).

III. — Expérience sur la vaccination anti-tuberculeuse, par RICHET et HÉRICOURT (*Ibidem*, 15 *novembre* 1890).

I. — Réunissant les chiffres de trois séries d'expériences, les auteurs arrivent aux résultats suivants :

43 lapins, dont 24 témoins et 19 transfusés, sont inoculés avec des cultures tuberculeuses faites sur sérum de sang de lapin (il n'est rien dit sur la provenance de ces cultures.)

Deux mois plus tard on compte 10 cas de morts portant sur 8 témoins et 2 transfusés. D'où une mortalité de 30 0/0 chez les témoins et de 10 0/0 chez les vaccinés.

Les poids des animaux ont varié dans les mêmes proportions. En représentant par 100 le poids total des lapins témoins et celui des lapins transfusés au moment de l'inoculation tuberculeuse, on trouve deux mois plus tard 80 pour les premiers et 125 pour les seconds.

II. — Si on injecte dans le péritoine de lapins 26 à 32 grammes par kilogramme de sang de chien, animal dont la résistance au virus pyocyanique est assez prononcée, on voit les lapins ainsi transfusés, lorsqu'on les inocule en même temps que des lapins témoins avec des cultures du bacille pyocyanique, présenter par rapport à ces derniers, 3 et 4 jours de survie.

Charrin et Arthaud ont reconnu que, en injectant sous la peau une dizaine de fois, à des intervalles de 4 à 5 jours de l'eau distillée, par des doses de 8 à 10 centimètres cubes, on accroît aussi la résistance des lapins. Dans 16 expériences, la survie par rapport aux témoins a été en moyenne de 9 jours.

III. — Les auteurs pensent avoir réussi à rendre les lapins réfractaires à la tuberculose. En avril 1890, ils ont vacciné 4 lapins avec des cultures de virus tuberculeux stérilisé, puis leur ont inoculé en même temps qu'à 20 lapins témoins une culture de tuberculose très virulente. Or, sur les 20 lapins témoins, 16 sont morts tuberculeux, tandis que sur les 4 lapins préalablement vaccinés, 3 sont encore bien portants et le seul qui soit mort a succombé à une myélite aiguë.

Le sang d'un chien inoculé avec une culture de bacilles tuberculeux a été transfusé à 3 lapins ; ces 3 lapins inoculés ensuite avec du virus tuberculeux sont encore bien portants et ont même augmenté de poids, tandis que de 3 lapins témoins, 2 sont morts.

Sur une question posée par Charrin, Ch. Richet fait remarquer que ses expériences ont été faites avec la tuberculose aviaire. Quant aux chiens inoculés, ils ne présentèrent aucun symptôme pendant la vie, ni aucune lésion, sauf quelques bacilles dans la rate, après la mort.

G. LYON.

I. — De la transfusion du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose, par BERTIN et PICQ (*Bull. Acad. de méd.*, 15 *septembre et* 9 *novembre* 1890 ; *Gaz. méd. de Nantes, novembre* 1890).

II. — Sur l'application à l'homme de la méthode de traitement de la tuberculose de Héricourt et Richet, par R. LÉPINE (*Semaine méd.*, 21 *janvier* 1890).

III. — De la transfusion intra-veineuse de sérum, par LÉPINE (*Semaine méd.*, 25 *février* 1891).

I. — La résistance de la chèvre à contracter la tuberculose suscita aux auteurs l'idée que le sang de cet animal, transfusé à un autre animal tuberculeux pourrait arrêter chez ce dernier l'évolution de la maladie. Sur une série de lapins inoculés de tuberculose par injection intra-péritonéale, ils ont transfusé du sang de chèvre. Le sang était pris à la chèvre à la veine jugulaire et transfusé au lapin par l'auriculaire. Les lapins inoculés comme témoins et non transfusés meurent de tuberculose dans une période de 50 à 60 jours ; les autres vivent sans accidents.

Dans leur seconde note, Bertin et Picq confirment leurs premières expériences, en publient de nouvelles faites dans des conditions analogues. Les lapins transfusés avec 5 grammes de sang de chèvre ont été indemnes de phtisie. Ils en concluent que le sang de chèvre détermine un état bactéricide, grâce auquel les organismes résistent à l'invasion du bacille quand la transfusion a lieu en même temps que l'inoculation, et permet, si la transfusion est postérieure à l'inoculation, à ces mêmes organismes de réagir contre les bacilles. La transfusion du sang caprin peut donc être considérée comme une méthode de traitement. Les auteurs l'essayeront sur l'espèce humaine.

II. — Lépine a tenté l'injection, d'après le procédé de Bertin et Picq, de sang de chèvre chez deux phtisiques. Il a injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région fessière 80 grammes de sang. Il reste, après, un emplâtement dur, douloureux et il serait impossible de recommencer souvent cette injection.

Lépine propose de n'injecter que le sérum, en prenant toujours le sang de chèvre, à la dose de 80 centimètres cubes infusé sous la peau de l'abdomen en ayant soin de conduire l'injection très lentement. L'auteur fera connaître prochainement le résultat de ses tentatives.

III. — Lépine propose, au lieu des injections sous-cutanées, la transfusion intra-veineuse faite lentement, à la dose de 80 à 100 centimètres cubes. Il emploie le sang de chèvre ; le sérum est préparé avec toutes les précautions antiseptiques, et l'injection est faite dans une veine du bras.

Sauf quelques urticaires sans importance, ces injections n'ont pas présenté jusqu'ici d'inconvénients. Mais il faut les faire très lentement, avec un sérum très pur. A. CARTAZ.

Une observation de guérison momentanée de phtisie pulmonaire sous l'influence d'un érysipèle grave, par SOLLES (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 *novembre* 1890).

Homme de 38 ans, atteint de signes manifestes de tuberculose pulmonaire à la première période ; une inoculation de ses crachats a donné lieu chez un cobaye à une miliaire généralisée aiguë. Le malade contracte un érysipèle grave de la face et du cou, pendant l'évolution duquel la toux et l'expectoration disparaissent ; cet état d'amélioration de la maladie primitive dura un peu plus de deux mois ; mais les accidents reparurent et ne furent nullement modifiés par l'absorption quotidienne de liquide cultural de l'érysipèle humain.

D'après l'auteur, dans ce cas, comme dans quelques autres, il y a eu une influence non douteuse de l'érysipèle sur la marche de la tuberculose. En outre, il regarde comme doués d'une action antituberculeuse, ainsi que des expériences antérieures le lui ont prouvé, les excreta microbiens de l'érysipèle, dont la culture peut être utilisée en injections hypodermiques. OZENNE.

Du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'air surchauffé, par V. GILBERT (*Revue médic. Suisse romande*, *X*, 445, *juillet* 1890).

Sur deux malades atteints de fistule pleurale, Gilbert s'est assuré qu'avant les inhalations, la température intrapleurale était de 1° supérieure à celle de l'aisselle ; après une heure d'inhalations d'air chaud avec l'appareil de Weigert, l'augmentation n'était que de 1° dans la plèvre et de moitié dans l'aisselle. Taylor a fait des constatations analogues.

En face de ces expériences, il est permis de douter de l'action directe de l'air surchauffé sur les bacilles tuberculeux ; mais, d'autre part, il est impossible de nier les bons effets de la médication. Peut-être agit-elle en desséchant la muqueuse respiratoire.

Gilbert a essayé cette méthode thérapeutique sur 26 tuberculeux et 4 asthmatiques. Parmi les 26 phtisiques, 4 avaient des cavernes, et les progrès de l'affection n'ont nullement été entravés ni activés par les inhalations.

Dans quatre cas seulement, il n'a pu retrouver de bacilles dans les crachats, par le fait des changements survenus dans l'expectoration. Chez ces mêmes malades, il a observé une notable modification en bien à l'auscultation des poumons. Dans tous les autres cas, les bacilles ont persisté en plus ou moins grande quantité et les lésions pulmonaires sont restées stationnaires, malgré l'amélioration de l'état général et des symptômes subjectifs.

Le traitement par les inhalations d'air surchauffé n'a jamais paru avoir eu le moindre inconvénient. Tous les malades le supportent facilement, bien que la température obtenue au thermomètre de l'appareil soit en moyenne de 200 à 240.

Gilbert conclut des faits observés, que la méthode de Weigert ne

donne pas des résultats aussi illusoires qu'on a voulu le dire, et que son action n'est pas limitée à la tuberculose ; elle rend encore des services incontestables dans l'asthme et la bronchite chronique (*R. S. M.*, XXXV, 497). J. B.

Some observations on the treatment of croupous pneumonia, par Roberts BARTHOLOW (*The Amer. J. of the med. sc.*, *t. II*, *p.* 452, *novembre* 1890).

L'iodure d'éthyle en inhalations serait l'élément antiseptique par excellence pour détruire le pneumocoque, se répandant facilement jusqu'aux acini pulmonaires et très rapidement absorbé dans les vaisseaux sanguins. De plus, l'iodure d'éthyle est dépuratif. A l'iodure d'éthyle dans certains cas, il sera bon d'associer le calomel comme antiseptique, hépatique (dans les formes bilieuses) et antipyrétique. Le chloral agira efficacement dans les cas s'accompagnant de délire. Enfin les émissions sanguines, les sangsues dans des cas plus rares, peuvent donner d'excellents résultats.

L'alimentation variera selon les cas.

Quatre observations accompagnent ce travail. F. VERCHÈRE.

New methode of bleeding in some forms of pulmonary congestion with four cases, par SIMPSON (*Lancet*, *p.* 915, 1er *novembre* 1890).

Simpson a pratiqué la ponction du poumon dans quatre cas d'apoplexie pulmonaire avec œdème et congestion intense, ne laissant plus aucun espoir et ayant résisté à tous les autres moyens de traitement. La ponction est faite au moyen d'une aiguille aspiratrice un peu grosse, dans le neuvième espace ou dans un espace plus inférieur encore. La ponction est faite brusquement, sans temps d'arrêt, qui amènerait des blessures multiples de la surface pulmonaire. La quantité de sang extraite a varié suivant les cas. Elle fut dans une observation de 400 gr. environ. Dans une autre, l'œdème était tel qu'il ne vint qu'un liquide séreux. Il y eut soulagement momentané de la dyspnée, mais les quatre malades succombèrent, malgré l'intervention. A.-F. PLICQUE.

Zur Behandlung der Empyeme, par RUNEBERG (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 22, *p.* 495, 2 *juin* 1890).

Pour Runeberg, le meilleur traitement, à l'heure actuelle, de la pleurésie purulente est la résection costale primitive, simple, ni accompagnée ni suivie d'aucun lavage. Il a opéré de cette façon 61 malades, sans avoir jamais vu de contre-indication, soit dans les dimensions de l'épanchement, soit dans le mauvais état général.

Deux des opérés étaient manifestement tuberculeux ; ils ont succombé aux progrès de leur affection avec une fistule persistante. Chez 10 autres, l'empyème était sous la dépendance d'une gangrène pulmonaire ; 4 ont été guéris par l'opération, 2 ont quitté l'hôpital ayant encore leur fistule, enfin les 4 derniers sont morts.

Les 49 cas d'empyème non compliqué ont fourni 46 guérisons, soit 94 0/0. Deux opérés sont partis ayant encore une fistule, et le dernier a succombé à un érysipèle survenu immédiatement après l'opération.

La guérison a exigé en moyenne une durée de 48 jours ; le minimum de temps nécessaire a été de 21 jours et le maximum de 89, à part un cas exceptionnel qui a réclamé 157 jours. 70 0/0 des opérés ont guéri dans l'espace de 7 semaines et 19 0/0 dans l'espace de 10 semaines.

26 fois l'épanchement occupait le côté gauche, avec une durée moyenne de traitement de 47 jours ; 23 fois il occupait le côté droit, avec une moyenne de traitement de 50 jours. 34 des opérés étaient des hommes, et leur guérison a demandé en moyenne 47 jours ; 15 malades étaient des femmes, et leur guérison a demandé en moyenne 51 jours.

Contrairement à l'opinion généralement admise, l'ancienneté de l'épanchement n'a pas allongé le temps nécessaire à la guérison ; ce serait plutôt l'inverse qui serait vrai. En effet, il a fallu en moyenne 55 jours pour guérir 13 empyèmes opérés dès le premier mois, tandis qu'il a suffi, en moyenne, de 46 jours pour la guérison de 27 épanchements datant de 2 à 6 mois, et encore parmi ces derniers se trouve l'empyème exceptionnel qui a réclamé 157 jours, bien qu'ayant été opéré au bout de six semaines. Enfin, dans 4 cas où l'épanchement datait de 7 mois à 1 ans, la guérison s'est effectuée dans le laps moyen de 43 jours.

Runeberg n'a pas noté non plus de retard dans la guérison des épanchements qui, avant l'opération, s'étaient ouverts au dehors ou dans les bronches. Des 11 empyèmes communiquant avec les bronches, 10 ont guéri en moyenne au bout de 40 jours. Les 6 cas d'empyème d'urgence ont guéri en 42 jours. Seule, l'abondance du liquide semble avoir une influence sur l'époque de la guérison. Pour les 10 cas, où le pus remplissait complètement la cavité pleurale et avait déplacé notablement le cœur, le temps nécessaire à la guérison s'est élevé en moyenne à 55 jours. J. B.

Du traitement des pleurésies purulentes et infectieuses par injections intrapleurales, par FERNET (*Soc. méd. des hopitaux*, 17 *octobre* 1890).

Fernet communique l'observation d'un homme qui, après une pneumonie franche du lobe inférieur droit, présenta une pleurésie purulente à pneumocoques. Elle était circonscrite, et occupait la plèvre diaphragmatique avec prolongement dans le tiers inférieur de la grande cavité pleurale. Au cours de cette pleurésie, il se produit une vomique; peu après on constate les signes d'un pneumothorax enkysté. Quatre ponctions simplement évacuatrices furent pratiquées en 23 jours. Le liquide contenait toujours des pneumocoques à faible virulence. A une cinquième ponction on ajouta un lavage de la plèvre avec de l'eau chargée de naphtol. Une sixième ponction, pratiquée 9 jours après, montrait un liquide grisâtre, fluide, avec détritus granuleux, sans pneumocoques.

Après avoir discuté la valeur des ponctions et de la thoracotomie, Fernet conclut que le traitement des pleurésies purulentes, suivant la méthode antiseptique, par le procédé des ponctions suivies d'injections intrapleurales, est rationnel, puisqu'il satisfait à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de combattre l'infection dans le foyer.

Les pleurésies purulentes limitées à foyer unique sont surtout justiciables de ce procédé ; celui-ci s'impose même dans certaines pleurésies partielles à foyer profond (diaphragmatiques, interlobaires, médiastines). Quant à la nature des pleurésies purulentes, ce sont les pleurésies pneumococciques et les tuberculeuses dans lesquelles ce mode

de traitement paraît le mieux établi ; il semble moins avantageux dans les pleurésies streptococciques ainsi que dans les pleurésies putrides et gangreneuses.

Il y a deux modes d'application des injections pleurales antiseptiques, à savoir les injections répétées dans le foyer infectieux sans évacuation du liquide épanché ; en second lieu les injections précédées d'une ponction évacuatrice et du lavage de la plèvre ; le premier convient surtout à titre préventif pour combattre le caractère infectieux des pleurésies dès l'origine, et s'opposer au développement de l'infection ou à la purulence de l'épanchement ; le second est curatif et vise à détruire l'infection du foyer morbide.

Parmi les remèdes que l'on peut employer pour les lavages et injections de la plèvre, les antiseptiques solubles (sublimé, chloral, chlorure de zinc) sont surtout bons pour les lavages ; les antiseptiques insolubles (naphtol, créoline) sont surtout avantageux pour les injections qu'on veut laisser à demeure dans la plèvre. H. L.

Valeur de l'acide camphorique comme agent antisudoral, par COMBEMALE et DUBIQUET (*Bull. méd. du Nord*, *n°* 22, *p.* 585, 1890).

L'acide camphorique pris en une fois à la dose de 2 grammes, dans un julep alcoolisé, est un agent antisudoral efficace dans la grande majorité des cas. Il n'a aucun inconvénient. Contrairement à ce qu'a dit Dreesmann, il agit sur les sueurs nocturnes d'origines variées, et non pas seulement sur celles des phtisiques. Son action semble se prolonger pendant plusieurs jours. LEFLAIVE.

The treatment of pertussis by bromoform, par FISCHER (*New York med. record*, *p.* 257, *septembre* 1890).

L'auteur donne 15 cas de coqueluche consécutive ou non à la rougeole où les quintes furent calmées le plus souvent dès le second jour par le bromoforme, dont les doses varient suivant l'âge : de 2 à 3 gouttes trois fois par jour jusqu'à un an; 3 à 4 gouttes trois à quatre fois par jour de deux à quatre ans; 6 gouttes trois à quatre fois jusqu'à huit ans. On augmente progressivement les doses jusqu'au troisième jour; on emploie de 5 à 15 grammes pour un traitement complet. La durée du traitement varie de dix jours à un mois. 75 0/0 de guérisons en quinze jours à trois semaines. P. DUFLOCQ.

Beitrag zur Kenntniss der Massagewirkung (Expériences sur les effets du massage), par J. R. KAPPELER (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aertze*, *n°* 9, *p.* 279, 1er *mai* 1890).

Par des expériences sur des animaux, Kappeler a cherché s'il y avait quelque utilité à pratiquer le massage pour les maladies de nature infectieuse. Ses recherches ont été faites avec le staphylocoque pyogène doré qui lui servait à infecter l'articulation du genou chez des lapins.

Il ressort de ces expériences que le massage ne peut ni prévenir la formation d'une arthrite suppurée du genou, ni d'une façon générale exercer une influence notable sur l'évolution morbide au niveau de l'infection. C'est sans doute par la même raison qu'on peut expliquer que

les manœuvres de massage portant sur une jointure infectée n'entraînent pas d'accidents de généralisation à l'économie.

Dans la discussion, *Kaufmann* dit que sa propre expérience n'est pas favorable à l'emploi du massage dans les arthrites tuberculeuses.

Il n'a pas non plus vu de bons effets du massage sur la résorption des épanchements sanguins du genou, ce qui, d'après lui, tient aux nombreux culs-de-sac de la synoviale dans lesquels on pousse successivement le liquide. J. B.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Transfusion von Mischungen defibrinirten Blutes und Kochsalzlösungen (Contribution à la connaissance de la transfusion de mélanges de sang défibriné et de solutions de chlorure de sodium), par J. MARSHALL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XV, p.* 62).

L'auteur a opéré sur le lapin. L'animal est anesthésié par l'éther ; on lui ouvre la carotide et on laisse couler le sang jusqu'à commencement de syncope ; on lui injecte alors par la jugulaire un mélange de sang défibriné et filtré (1 vol.) et d'une solution à 0.6 0/0 de chlorure de sodium (9 vol.), le volume du liquide injecté étant rigoureusement égal au volume du sang enlevé à l'animal ; le mélange qui sert à l'injection est fait avec du sang enlevé à l'animal.

Enfin, on fait chaque jour sur l'animal un dosage de l'oxyhémoglobine et une numération des globules, ces deux déterminations ayant été préalablement effectuées avant l'opération.

L'auteur a constaté que le nombre des globules redevient rapidement égal à ce qu'il était avant l'opération (une semaine environ) ; mais le chiffre de l'oxyhémoglobine ne revient à sa valeur primitive qu'au bout d'un temps beaucoup plus long (trois semaines à un mois). En outre, lorsque ce dernier résultat est atteint, le nombre des globules a continué à augmenter de façon à être très notablement supérieur au nombre initial. AD. F.

Note sur la valeur hypnotique de l'uralium, par SCHMITT et PARISOT (*Revue méd. de l'Est, n°* 23, *p.* 728 ; 1890).

L'ural ou chloral-uréthane a une action hypnotique réelle, mais inconstante. Le sommeil qu'il procure est calme, mais léger et intermittent. Il est d'une administration difficile (solution alcoolique), et peut avoir une influence défavorable sur les fonctions digestives. Sa valeur hypnotique est inférieure à celle du chloral et de l'opium. LEFLAIVE.

Traitement de la fièvre typhoïde par le chloroforme, par STEPP (*Münchener med. Woch., n°* 45, 11 *novembre* 1890).

Stepp a donné le chloroforme à la dose quotidienne de 1 gramme dans 150 grammes de véhicule en trois fois. Il a aussi employé concurremment la quinine à la dose maxima de 1 gramme.

Dans les cas graves, la somnolence, le delire, disparaissent vite, la langue devient humide et se nettoie et l'état général s'améliore rapidement. La température s'abaisse par oscillations en 8-10 jours, la convalescence est hâtive et rapide. Durée de la maladie : cas graves, 19 jours ; cas bénins, 8 jours. Pas d'accidents secondaires. P. TISSIER.

Ueber die therapeutische Anwendung der Diuretin, par A. HOFFMANN (*Archiv für exper. Path. und Pharmakol.*, *XXVIII*, *p.* 1).

La diurétine est un salicylate double de sodium et de théobromine sodium; on l'a employée comme diurétique et médicament du cœur; en raison de la théobromine qu'elle renferme, elle constitue un excellent diurétique utilisable dans les cas d'hydropisie générale. Dans les collections séreuses inflammatoires et dans les stases de la veine porte, elle n'a pas d'action utile, L'effet diurétique est dû à une action sur l'épithélium urinaire. Cependant, on a obtenu aussi un effet favorable, évident, sur l'appareil circulatoire.

A l'état pur et à la dose de 5 grammes par jour, elle ne produit pas d'effet consécutif défavorable. L'état général est amélioré. Elle peut réussir comme diurétique dans les cas où la digitale, le strophantus et la caféine ont échoué. Elle ne possède pas d'action cumulative. Ses effets cessent rapidement. Il n'y a point d'accoutumance. On peut l'administrer simultanément avec d'autres toniques du cœur. DASTRE.

Ueber Salipyrin, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 837, 15 *septembre* 1890).

La salipyrine n'est autre que de l'antipyrine salicyliquée:

1° La salipyrine abaisse la température fébrile. Pour obtenir un effet satisfaisant dans la fièvre intense et continue, il faut en administrer chaque jour 6 grammes. L'abaissement thermométrique varie alors entre 1 1/2 et 2 degrés centigrades. La température la plus basse est atteinte au bout de trois ou quatre heures; quatre ou cinq heures plus tard, elle est remontée à son degré antérieur. La chute du thermomètre s'accompagne de sueurs, tandis qu'il n'y a pas de frisson au moment de sa réascension.

Comme tous les autres antipyrétiques, la salipyrine a plus d'action sur les mouvements fébriles rémittents. Ainsi, chez les phtisiques, une dose totale de 3 à 4 grammes provoque, au bout de 3 heures, un abaissement thermométrique de 1 1/2 à 2° centigrades qui dure plus longtemps;

2° La salipyrine a une action favorable sur le rhumatisme articulaire aigu. Elle diminue les douleurs et le gonflement, mais n'empêche pas plus les récidives que les autres antirhumatismaux. Guttmann en prescrit 6 grammes par jour, administrés par dose de 1 gramme toutes les deux heures;

3° Son action est également favorable dans le rhumatisme articulaire chronique et la sciatique;

4° La salipyrine n'occasionne pas de phénomènes accessoires désagréables. Tout ce que Guttmann a observé se borne à un seul cas d'éruption généralisée, papuleuse avec apparence ortiée par places, qui disparut graduellement en 3 ou 4 jours.

Dans l'urine des malades qui prennent la salipyrine, il est facile de reconnaître la présence de l'acide salicylique. J. B.

Cataphoric medication and cocaine, par HARRIES (*Lancet*, *vol. II*, *p.* 869; 1890).

L'anesthésie cutanée par la cocaïne peut être obtenue sans injections interstitielles au moyen d'une solution au dixième dont l'absorption est

déterminée par le passage d'un courant continu de 25 milliampères. Ce courant est prolongé quarante minutes environ. Le moyen le plus simple est de mouiller l'électrode avec la solution de cocaïne. Anesthésie absolue permettant des cautérisations. Quantité absorbée très minime et ne déterminant pas le moindre phénomène gênant. Ce procédé serait également utile pour obtenir l'analgésie dans les affections névralgiques rhumatismales, etc. A.-F. PLICQUE.

I. — Chirurgische und bakteriologische Erfahrungen über das Pyoktanin, par GARRÉ et TROJE (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 25; 1890).

II. — Pyoktanin the new bactericide, par KESSLEE (*New York med. record.*, *p.* 7, *juillet* 1890).

I. — La pyoctanine employée en poudre ou en solution (de 1 0/0 à 1 0/00) dans diverses suppurations, ulcérations, etc., s'est montrée antiseptique et non toxique. Néanmoins, elle n'a jamais supprimé brusquement la suppuration et n'a aucune supériorité sur les antiseptiques déjà usités. Au point de vue bactériologique, elle entrave le développement des microorganismes plutôt qu'elle ne les tue. LEFLAIVE.

II. — Pour l'auteur, la méthylaniline est l'antiseptique idéal. Les ulcérations les plus rebelles aux autres agents antiseptiques, même au sublimé, sont guéries rapidement par ce médicament. Il donne deux observations : dans l'une il s'agit d'ulcérations syphilitiques du crâne ; dans l'autre, d'une gangrène du pied droit; dans les deux cas, la suppuration s'arrêta net par l'emploi de la pyoctanine. P. DUFLOCQ.

The status of pichi as a remedy in genito-urinary diseases, par RUSBY (*New York med. record*, *p.* 5, *juillet* 1890).

Après avoir relevé les travaux antérieurs sur ce médicament, l'auteur insiste sur ses bons effets dans la cystite aiguë post-opératoire blennorragique avec ou sans congestion des reins ; de même dans la cystite chronique. L'action dissolvante sur les calculs est plus douteuse. Dans l'hématurie, le médicament agit bien ; pour le mal de Bright, les indications doivent être réservées. L'extrait fluide doit être employé en capsules pour éviter le goût désagréable. Les mécomptes doivent être attribués aux mauvaises préparations. Ce sont les feuilles, les jeunes brins, et en dernier lieu l'écorce, qu'il faut employer. P. DUFLOCQ.

HYGIÈNE

Traité de l'hygiène publique d'après ses applications dans différents pays d'Europe, par Albert PALMBERG ; traduit par A. HAMON (*Paris*, 1891).

Cet ouvrage, où les renseignements pratiques abondent, est conçu sur un plan original. Palmberg y étudie la législation et les institutions sanitaires des divers pays d'Europe. N'exposant que ce qu'il a pu voir lui-

même sur place, il s'est borné à parler de l'Angleterre, de l'Ecosse, de la Belgique, de la France, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Suède et de la Finlande. Il décrit également les œuvres d'hygiène municipale à Londres, Edimbourg, Bruxelles, Paris, Berlin, Leipzig, Vienne, Stockholm et Helsingfors.

A propos du Local Government Board, nous devons relever une erreur ou un lapsus de traduction : le président n'en est pas nommé à vie, il subit le sort du cabinet ministériel qui l'a désigné pour ces fonctions.

Dans les chapitres consacrés à l'Allemagne et à l'Autriche, on trouve d'intéressants détails sur la législation des assurances ouvrières en cas de maladie et d'accidents.

Dans un chapitre final, qui forme pour ainsi dire la synthèse de l'ouvrage, Palmberg montre à l'aide des statistiques de mortalité générale et de mortalité typhoïdique l'importance de l'hygiène publique ; c'est la Suède qui occupe la place d'honneur au point de vue des améliorations sanitaires. J. B.

Manuel d'asepsie. La stérilisation et la désinfection par la chaleur, par C. VINAY (*Paris*, 1890).

Le but de Vinay a été de réunir dans une étude d'ensemble ce qu'on sait actuellement de l'action de la chaleur sur les germes pathogènes. Dans la première partie de son livre, il aborde le côté théorique de la question : limites de température au delà desquelles la vie est supprimée, résistance variable des micro-organismes, enfin atténuation des virus.

La seconde partie est consacrée à la pratique de la désinfection par la chaleur : modes divers d'emploi, sous forme d'air chaud, de vapeur surchauffée et de vapeur sous pression; applications à la stérilisation du matériel de laboratoire, du matériel chirurgical ; applications à l'oculistique, à l'obstétrique, à la médecine et à l'hygiène publique.

Le chapitre affecté aux étuves à désinfection est d'autant plus intéressant que les expériences de l'auteur ont contribué à établir la supériorité des appareils à vapeur sous pression.

Les deux derniers chapitres traitent l'un de la stérilisation et de la conservation des substances alimentaires, du lait surtout; l'autre, de l'aménagement et du fonctionnement des établissements publics de désinfection dont le corollaire indispensable est la déclaration obligatoire des cas de maladies épidémiques. Cette déclaration, Vinay la voudrait imposée seulement aux médecins traitants et limitée, en dehors des trois grands fléaux exotiques, à la variole et à la diphtérie; ce serait les seuls moyens de la rendre effective et de la faire accepter par l'opinion publique.

Dans le livre de Vinay, une place légitime est accordée aux travaux de l'école lyonnaise. J. B.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. Directeur Jules ROCHARD (*Tomes I et II, Paris*, 1889 *et* 1890).

Ces deux premiers volumes contiennent l'hygiène générale et l'hygiène alimentaire.

L'hygiène *générale* embrasse les chapitres suivants : Introduction *anthropologique*, par de Quatrefages; *Démographie*, par J. Bertillon; *Climatologie*, par Le Roy de Méricourt et Eug. Rochard; *Pathogénie*, par J. Rochard; *Epidémiologie*, par Léon Colin; *Epizooties*, par Nocard et Leclainche.

Le titre des 3 premiers chapitres nous dispense d'insister sur leur contenu.

Le chapitre Épidémiologie est subdivisé en 3 articles : 1° Épidémies en général (causes, milieu épidémique; endémies comprenant la suette et le goitre chronique ou aigu); 2° épidémies en particulier, que Colin répartit ainsi : *a*) météoriques (grippe, qu'il ne croit pas contagieuse; congélation, insolation, fièvre de foin, choléra nostras); *b*) virulentes (variole, rougeole, scarlatine, oreillons, coqueluche, dengue); *c*) telluriques, terme substitué à celui de palustres, parce que l'élément morbifique essentiel est, non le marais, mais « la puissance végétative du sol non épuisée par un rendement suffisant »; *d*) typhoïdes (dothiénentérie, typhus, stomatite ulcéreuse, diphtérie, ophtalmies purulente et granuleuse, méningite cérébro-spinale); l'encombrement et l'auto-infection y jouent un rôle essentiel; *e*) alimentaires (scorbut, ergotisme, pellagre, béribéri, héméralopie); *f*) parasitaires (vers, tænias, épizoaires et épiphytes); *g*) de causes multiples (dysenterie, dont Colin n'admet pas la spécificité, abcès du foie); enfin *h*) pestilentielles (peste, fièvre jaune et choléra indien). Le troisième et dernier article de ce chapitre est consacré à la prophylaxie des épidémies.

Dans le chapitre des Épizooties, ne sont considérées que celles transmissibles à l'homme : rage, morve, charbon, etc.

L'hygiène *alimentaire* se compose de 4 chapitres : *Eaux potables*, par Arm. Gautier; *Boissons*, par Riche; *Aliments* et *Théorie de l'alimentation*, par Gabr. Pouchet.

Le chapitre Eaux potables est divisé en 6 articles : 1° rôle de l'eau comme boisson; 2° caractères et qualités; 3° classification, que Gautier établit comme suit : *a*) eaux courantes (pluie, citernes, sources, rivières, etc.); *b*) eaux stagnantes; *c*) eaux minérales (eaux de table et eau de Seltz); *d*) eau frappée. Gautier se demande s'il n'y aurait pas avantage pour la marine à retirer l'eau potable de l'eau de mer par congélation plutôt que par distillation? L'eau obtenue ainsi serait à la fois moins coûteuse et meilleure; 4° conservation et épuration (inconvénients des filtres de porcelaine que Gautier aurait été le premier à employer); 5° rôle dans le développement des maladies épidémiques; 6° méthodes d'essai et d'analyse; examen micrographique.

Le chapitre Boissons renferme d'abord les boissons fermentées et spiritueuses; on y trouvera des détails sur les procédés d'analyse en usage dans les laboratoires officiels français et étrangers, ainsi que des renseignements statistiques sur les débits de boissons dans les différents pays, et les rapports entre l'accroissement de la consommation de l'alcool et le développement de la criminalité et de la folie. Vient ensuite l'étude des boissons aromatiques, thé, café, maté, auxquels est adjoint le *mussaendra borbonica*, découvert en 1885 à la Réunion par Lapeyrière.

Le chapitre Aliments contient un grand nombre de tableaux indiquant

leur composition chimique et des analyses personnelles sur les extraits de viande Liebig et Cibils et les peptones Kemmerich. L'auteur y rappelle que bien que l'usage de la viande de cheval soit permis en France depuis 1816, ce n'est qu'un demi-siècle plus tard, en 1866, que fut ouverte à Paris la première boucherie hippophagique; cette viande constituerait un appoint précieux dans les campagnes. Pouchet s'élève contre les prescriptions médicales de viande crue, vu sa moindre sapidité et le danger d'introduire dans l'économie des œufs d'entozaires ou des germes infectieux.

Le chapitre Théorie de l'alimentation comprend : 1° la statique de la nutrition (ration alimentaire, équivalent nutritif des aliments, etc.); 2° la préparation des aliments; 3° leur conservation; 4° leurs altérations et falsifications, avec nombreuses photographies de préparations microscopiques. J. B.

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (*tome XIX, Paris*, 1890).

A. *Hygiène alimentaire.* 1° D'après G. Pouchet, l'intensité de la coloration et la forte acidité des vins de Jacquez tendraient à y faire admettre, à tort, la présence d'une matière colorante étrangère, si l'on n'a pas soin d'expérimenter sur un échantillon, débarrassé, par un collage préalable avec du blanc d'œuf, d'une partie de sa matière colorante et très exactement neutralisé ensuite à l'aide de bicarbonate de soude dilué.

Sur l'avis du même rapporteur, le comité prend les résolutions suivantes :

2° L'emploi du tartrate de chaux (procédé Calmettes) ou du phosphate de chaux (procédé Hugounenq) pour remplacer le *plâtrage* des vins ne semble présenter aucun inconvénient au point de vue de la santé publique et semble posséder tous les avantages du plâtrage sans en avoir les inconvénients ;

3° Il n'y a pas lieu d'accueillir les réclamations relatives à la circulaire du 27 juillet 1880, limitant à 2 grammes par litre la proportion de sulfate de potasse tolérée dans les vins plâtrés;

4° L'addition au vin de sucre dissous dans une petite quantité d'eau constitue un mouillage déguisé;

5° La quantité de chlorures admissible par litre de vin est de 2 grammes de chlorure d'argent ou de 1 gramme de chlorure de sodium.

Au-dessus de cette dernière dose, il ne s'agit plus d'un vin naturel, mais soit d'un salage pour aviver la couleur, soit d'un déplâtrage au moyen du chlorure de baryum, qui est interdit;

6° Sur la proposition d'*Ogier*, le comité vote que l'addition d'alun au cidre est une pratique dangereuse pour la santé publique et doit être formellement prohibée;

7° Rapportant un vœu du conseil général de la Manche, tendant à interdire la consommation d'alcools impurs, Pouchet et Ogier concluent que nos connaissances sur cette question sont encore fort imparfaites et que nous ne possédons pas de méthodes simples et pratiques pour caractériser, et encore moins pour doser les diverses substances nui-

sibles dont la présence a été signalée dans les alcools de mauvaise qualité;

8° Dubrisay signale un *café artificiel* fabriqué de toutes pièces au moyen de machines brevetées à Cologne ;

9° Sur le rapport de Pouchet, le comité estime qu'il y aurait inconvénient à fixer une méthode officielle d'analyse des *beurres ;*

10° Contrairement à l'avis du conseil de salubrité de Civray et conformément à celui de Chauveau, le comité décide que la viande des porcs et volailles nourris à la viande et particulièrement avec les *grillons d'équarrissage* n'est pas insalubre, quoique d'une conservation moins facile que celle des animaux soumis à un régime mixte, ou à un régime purement végétal. Il n'y a donc pas lieu de proscrire l'engraissement avec les grillons provenant des clos d'équarrissage.

L'application du décret du 26 mai 1888, relatif à l'*inspection sanitaire des viandes fraîches abattues* à leur introduction en France, a fait l'objet de diverses réclamations confiées à l'examen de Chauveau et Charrin qui font voter les résolutions suivantes :

11° Interdiction d'importer des abats ;

12° Interdiction d'importer de la viande de veaux trop jeunes;

13° Autorisation d'importer des viandes aphteuses ;

14° Ogier ayant fait des expériences de digestion artificielle montrant que si le sulfate de cuivre rend plus difficile la coction des pois et haricots, il n'en retarde pas la digestion, sur la proposition de Grimaux, le comité revient sur sa défense de 1882 et autorise le *reverdissage des conserves au moyen des sels de cuivre ;*

15° Sur le rapport de Napias, sont autorisées les *soudures intérieures de boîtes de conserves* à l'aide d'étain fin ;

16° Un arrêté préfectoral de 1881 énumère les substances toxiques dont l'emploi est interdit pour la *coloration des papiers* servant à envelopper les substances alimentaires. Sur un rapport de Dubrisay, le comité maintient cette interdiction quant aux couleurs de cuivre, de plomb, d'arsenic et au chromate de baryte; pour les couleurs organiques, il limite la prohibition à la gomme gutte et à l'aconit napel, permettant en revanche l'emploi des couleurs d'aniline; la circulaire ministérielle du 7 mai 1889 renferme la liste des couleurs permises et interdites ;

17° Le *papier d'étain couché* pour envelopper la chicorée doit être, sur le rapport de Dubrisay et Pouchet, au titre de 97 0/0, le dosage étant pratiqué par le procédé du commerce, à l'acide nitrique.

B. *Hygiène urbaine.* En 1889, le comité a examiné 47 projets d'amenée d'*eaux potables*, dont ceux des villes de Bayonne (Jacquot), Roubaix et Tourcoing (L. Colin), Tarbes (Richard) et Libourne (Pouchet).

C. *Hygiène rurale. Inondations.* La circulaire ministérielle du 21 février 1889 fait connaître les *instructions* nouvelles du comité pour l'assainissement des localités inondées.

D. *Etablissements insalubres.* Rapports d'Ogier sur le *dépotoir* de la Vache, près Bordeaux, et de Napias, sur les anciens *marais salants* de Portnichet (Loire-Inférieure).

E. *Epidémies indigènes.* 1° *Fièvre typhoïde.* Épidémies du Havre

1887-1888 (Brouardel et Thoinot), d'Etampes 1888 (Ogier), et répartition de la maladie en France, par Brouardel ;

2° En 1888, l'Indre a été le théâtre d'une nouvelle épidémie de *suette* que Girode a été étudier sur place : il y a eu environ 500 atteintes dont 47 mortelles, soit une mortalité moyenne de 9 0/0 ; mais, suivant les localités, la léthalité a oscillé entre 0 et 23 0/0 ; la durée d'incubation a paru être de 24 heures ; la forme morbilleuse était fréquente ; l'affection était très grave chez les jeunes femmes ; il y a eu des cas de contagion par des personnes indemnes elles-mêmes ;

3° L'épidémie parisienne de *grippe* a donné lieu à des rapports de Brouardel et de Proust.

F. *Epidémies exotiques et quarantaines.* Rapports de Mahé sur le pèlerinage musulman de la Mecque en 1887-1888 et de Proust : 1° Sur le projet de règlement du conseil sanitaire international de Constantinople, pour les navires faisant le transport des pèlerins ;

2° Sur l'épidémie de *choléra* de 1889 en Mésopotamie ;

3° Sur une épidémie de *fièvre jaune* à bord d'un navire français ;

4° Sur la *dengue.*

G. *Prophylaxie.* H. Monod expose les *pouvoirs de l'administration* en matière sanitaire et en montre les lacunes. Sur le rapport de Bertillon, les ministres de l'instruction publique (25 juillet 1889) et de l'intérieur (7 décembre 1889) font appel au concours des instituteurs pour renseigner l'administration sur les cas de maladies épidémiques observés dans les diverses communes de France. Le préfet des Vosges a déjà pris l'initiative de la publication d'un *Bulletin périodique des épidémies*. Le préfet du Rhône et le maire de Lyon ont pris une série d'arrêtés concernant la déclaration obligatoire et la prophylaxie des cas épidémiques, le transport des malades atteints d'affections contagieuses et les mesures à prendre pour en garantir les écoles.

Une circulaire du ministre de l'instruction publique (1er mars 1888) prescrit les mesures à prendre en cas de maladies épidémiques dans les lycées, et un arrêté du 29 décembre 1888 ordonne la revaccination obligatoire à l'âge de 10 ans des élèves des écoles primaires.

Le comité a voté les conclusions de Proust demandant la création dans chaque hôpital de Paris d'un local destiné à isoler les *varioleux* dont le transport à l'hôpital spécial d'Aubervilliers serait dangereux. Il a également émis le vœu, sur la proposition du même, qu'une loi rende obligatoires en France la vaccination et la revaccination au moyen du vaccin animal. Ce rapport de Proust sur les bienfaits de la vaccine mérite une mention particulière ; il est bondé de chiffres, de tableaux, de diagrammes des plus intéressants ; il renferme, sur la France et les pays étrangers, des documents importants inédits et puisés à bonnes sources. De 1875 à 1885, la moyenne des vaccinations pratiquées en France sur des enfants représente 79.80 0/0 du nombre des naissances. En 1888, sur les 90 départements, 20 n'allouaient aucun crédit pour la vaccine.

H. *Eaux minérales.* Sur le rapport de Regnauld, le comité refuse son approbation à un procédé industriel de conservation des eaux minérales, consistant à y introduire des morceaux de charbon de bois saturé d'acide carbonique.

J. *Exercice de la médecine et de la pharmacie.* Convention franco-suisse du 29 mai 1889 pour l'admission réciproque dans les communes frontières, des médecins, sages-femmes et vétérinaires établis dans lesdites communes, à l'exercice de leur art. — Circulaire des ministres de l'intérieur et de l'instruction publique, rappelant qu'en vertu de la loi du 21 germinal an XI, un pharmacien même pourvu de diplôme ne peut ouvrir une officine avant l'âge de 25 ans accomplis, et que le certificat de réception délivré aux pharmaciens âgés de moins de 25 ans ne peut tenir lieu de diplôme.

K. *Laboratoire du comité.* Rapport de Pouchet sur les travaux de 1889, parmi lesquels nous citerons 44 analyses d'eaux potables (le bacille typhoïdique a été constaté dans celles de Besançon, d'Arras et de l'Ecole normale de Saint-Cloud) ; la démonstration de l'altération de la nappe aquifère de Brienon par les résidus d'une sucrerie ; la description d'un matériel portatif permettant d'effectuer sur place les prélèvements d'échantillons d'eau destinés à l'analyse et la rédaction d'une nouvelle instruction sur le puisement de ces échantillons.

L. *Conseils d'hygiène des départements.* Le rapport général sur les travaux de ces conseils en 1886 (Pouchet et Thoinot) présente un intérêt spécial grâce à une série de documents (cartes, graphiques, tableaux) figurant l'activité de ces corps depuis leur origine ainsi que le nombre et l'importance de leurs publications.

M. *Hygiène publique à l'étranger.* Voici les principaux documents contenus dans ce volume :

1° Notes sur l'hygiène en Allemagne et en Autriche-Hongrie, par Girode (enseignement de l'hygiène, médecins sanitaires, désinfection, service des eaux potables, traitement des eaux d'égout);

2° Statistique de la médecine publique en 1885 dans les provinces autrichiennes relevant du Reichsrath (analyse de Richard) ;

3° Hygiène et ration alimentaire des équipages des navires marchands de Hambourg (rapport de Gestin) ;

4° Statistique des causes de décès dans les villes d'Italie en 1886 (analyse de Bertillon) ;

5° Situation sanitaire de l'île Maurice de 1871 à 1886 (analyse de Richard); le paludisme, inconnu avant 1866, cause actuellement près de la moitié des décès, l'île ayant été déboisée pour cultiver la canne à sucre;

6° Loi anglaise du 30 août 1889 concernant la déclaration des cas de maladies contagieuses. Cette loi, comme c'est généralement le cas en Angleterre, est facultative, c'est-à-dire laissée à la libre adoption des autorités locales; elle impose la déclaration, sous peine d'amende, à la fois aux parents, gardes ou propriétaires du malade ainsi qu'à son médecin, ce médecin étant rétribué pour cela (3 francs par certificat) ;

7° Loi hollandaise du 30 octobre 1889, pour prévenir les fraudes dans le commerce du beurre et réglementer la vente de la margarine. J. B.

Bactéries et ptomaïnes des viandes de conserve, par CASSEDEBAT (*Revue d'hyg. et police sanit., XII,* 569 *et* 705, *juillet et août* 1890).

Les expériences de Cassedebat ont porté sur quatre boîtes de bœuf bouilli, fabriquées depuis trois ans et provenant d'une même usine (extra-européenne) de conserves. A l'aide de cultures sur terrain solide, il a

isolé les bactéries qu'elles contenaient; avec chacune d'elles, il a fait des cultures pures dans du bouillon nutritif. Ces différents liquides parvenus à un haut degré de virulence, c'est-à-dire du quatrième au sixième jour, ont été inoculés à des cobayes, des lapins et des souris. En même temps, il a extrait les poisons chimiques contenus dans les viandes et en a essayé la puissance toxique sur des animaux de mêmes espèces.

Les résultats positifs des inoculations faites sur les animaux avec des cultures virulentes et avec des liquides aseptiques démontrent que ces viandes contenaient : 1° des agents infectieux ; 2° des éléments toxiques.

Toutes les boîtes contenaient des bactéries aérobies et anaérobies, très nombreuses et très variées. 11 sur 26 bacilles se sont montrés pathogènes.

La ptomaïne s'est révélée par une odeur se dégageant de la solution aqueuse au moment où l'on ajoutait le bicarbonate alcalin pour mettre la base organique en liberté. C'est une odeur pénétrante et tenace, rappelant assez bien celle d'os pourris. Les gaz provenant de la respiration des animaux intoxiqués en étaient fortement imprégnés pendant plusieurs heures; on ne la retrouvait cependant pas dans les autopsies. Ce poison se révélait encore par la couleur verdâtre que prenait l'éther au fur et à mesure qu'il se chargeait de la base organique ; la même coloration se produisait également dans les solutions aqueuses contenant le sel à l'état de chlorhydrate.

L'action pathogène de ces alcaloïdes s'est montrée par tous les modes d'administration.

Pour Cassedebat, les accidents observés chez l'homme à la suite de l'ingestion des viandes de conserve sont produits par des ptomaïnes existant préalablement dans les viandes et non point par des ptomaïnes sécrétées par des microbes introduits avec les viandes dans l'économie.

Pour expliquer la production des ptomaïnes dans les viandes de conserve, l'hypothèse la plus admissible est que des bacilles atmosphériques ont pénétré dans les boîtes contenant la viande déjà cuite. En effet, parmi les bacilles constatés par Cassedebat, la plupart ne résistent pas pendant vingt minutes à une température même inférieure à 100°; or, les boîtes de conserve sont exposées pendant beaucoup plus de temps à une chaleur plus forte et plus que suffisante pour tuer ces bacilles, s'ils existaient dans la viande.

Si les boîtes sont garnies de viandes chargées de substances toxiques, comme le veulent Brouardel et Pabst, il sera impossible de le reconnaître. Si, au contraire, l'altération est consécutive à la fabrication, comme l'admet Cassedebat, elle sera décelée irrécusablement par le bombage des surfaces planes et l'issue d'une plus ou moins grande quantité de gaz au moment de l'ouverture.

Il résulte d'une expérience tout accidentelle de Cassedebat que les ptomaïnes sécrétées par les bactéries de la viande ne sont pas détruites par la température de la cuisson : donc des viandes de conserve contenant des ptomaïnes seront toujours toxiques, quelle que soit l'origine du poison.

En terminant, Cassedebat indique un moyen simple de prévenir la contamination des viandes pendant la fabrication des conserves. (*R. S. M.*, XXXII, 499, et XXXIV, 106.) J. B.

Étude sur les ustensiles de cuisine en bronze de nickel, par L. GARNIER (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXIV*, 35, *juillet* 1890).

Le bronze de nickel (75 0/0 de cuivre et 25 de nickel) employé à la fabrication d'ustensiles de cuisine destinés à la préparation des aliments, s'il ne possède pas de propriétés vénéneuses, n'en est pas moins dangereux à cause des précautions multiples que nécessiterait son emploi dans l'économie domestique ; il dénature, en outre, la saveur des aliments. Il ne paraît donc pas susceptible d'applications pratiques dans ce but spécial.

J. B.

Ist die Milch tub. Kühe virulent, wenn d. Euter nicht ergriffen ist? (Le lait d'une vache tuberculeuse est-il virulent lorsque le pis est sain)? par BANG (*Münch. med. Woch.*, *n°* 41, 14 *octobre* 1890).

Bang examina (en l'inoculant à des cobayes) le lait de 21 vaches tuberculeuses ne présentant pas de lésion du pis : 17 fois l'inoculation fut négative ; 4 fois, positive. Dans 3 des 4 cas positifs, un examen plus attentif du pis des vaches y fit découvrir de petites granulations ou des infiltrations limitées ; dans le quatrième, le pis fut trouvé absolument sain.

La conclusion qui s'impose est celle-ci : il faut s'abstenir du lait des vaches tuberculeuses, les lésions du pis pouvant parfaitement passer inaperçues pendant longtemps et le lait étant alors bacillifère. Cependant, en règle générale, si le pis est sain, le lait est peu dangereux.

P. TISSIER.

On milk sickness, par J. H. KIMMEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 781, 25 *août* 1890).

Kimmel décrit sous ce nom une maladie encore peu connue qui sévit dans l'ouest des États-Unis, spécialement dans la plaine du Mississipi. Elle apparaît sur les terrains vierges défrichés pour la première fois. En première ligne, elle atteint toutes les espèces animales herbivores ; mais l'usage de la viande et du lait de ces animaux la propage à d'autres ainsi qu'à l'homme. Le mode de sa transmission montre qu'il doit s'agir d'une maladie infectieuse.

Chez l'homme, l'affection débute brusquement ou, ce qui est plus commun, d'une façon graduelle. Ses phénomènes essentiels sont une courbature intense, le sentiment d'une grave maladie, la faiblesse musculaire et des troubles digestifs dont les plus saillants sont les vomissements et la constipation. La respiration est laborieuse ; souvent il y a des hoquets. La température et le pouls restent normaux ; un certain nombre de malades ont des palpitations. La mort peut survenir par affaiblissement du cœur.

Comme remèdes, Kimmel préconise le capsicum annuum et les laxatifs.

J. B.

Sur la présence du plomb dans l'eau dite de Seltz, par MOISSAN (*Bull. Acad. de méd.*, 9 *décembre* 1890).

De nombreuse analyses des eaux de Seltz, que l'auteur a pratiquées, il résulte que tous les échantillons sur lesquels il a opéré contenaient du plomb, dont la quantité variait, par litre, de 0,0009 à 0,0028. Ce

plomb proviendrait tout à la fois de l'étamage défectueux des appareils et de l'alliage contenant trop de plomb employé dans la fabrication des têtes de siphon. OZENNE.

Sull' etiologia del gozzo endemico (Etiologie du goitre), par A. LUSTIG et A. CARLE (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino, juillet* 1890).

Dans toutes les eaux potables et à usage domestique des pays goitreux qu'ils ont examinées, les auteurs ont trouvé une quantité énorme de bactéries. Parmi ces bactéries, on trouve, constamment et avec une abondance variable, un bacille qui liquéfie la gélatine et qui présente des caractères morphologiques et biologiques très particuliers. Dans des expériences faites sur des territoires non goitreux avec des chiens et des chevaux auxquels on fait absorber de l'eau supposée goitrigène, on arrive à reproduire une tuméfaction incontestable du corps thyroïde. Il n'est pas prouvé que l'eau que l'on a privée de microbes ait perdu ses propriétés goitrigènes. GEORGES THIBIERGE.

Arrêté du ministre prussien des affaires médicales, relatif à la méningite cérébro-spinale (23 novembre 1888) (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 1020, 10 *décembre* 1888).

Les recherches instituées sur la méningite cérébrospinale ont prouvé d'une façon indubitable que c'est une maladie transmissible et contagieuse qui entraîne assez fréquemment la mort ou des infirmités permanentes; en particulier, elle occasionne souvent de la surdité, et chez les enfants de la surdi-mutité. C'est donc un important devoir pour la police sanitaire que de restreindre autant que possible la propagation de cette maladie. Il y a lieu à cet effet de prescrire les mesures suivantes :

1° Les médecins devront déclarer, sans retard, à l'autorité locale de police, tout cas de méningite cérébrospinale venu à leur connaissance ;

2° On pratiquera autant que possible l'isolement des malades ;

3° Les enfants d'une famille dans laquelle existe un cas de cette maladie ne seront pas admis à fréquenter les écoles ;

4° La chambre des malades, leurs excreta, leur linge (y compris leurs mouchoirs de poche), leurs vêtements et les autres effets dont ils auront fait usage devront être parfaitement assainis et désinfectés. J. B.

Ueber die Pubertaetsentwickelung... (Le développement de la puberté envisagé dans ses rapports avec les phénomènes morbides offerts par la jeunesse scolaire), par Axel KEY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 809, 1er *septembre* 1890).

Résultats de recherches poursuivies depuis une dizaine d'années sur 18,000 élèves des écoles danoises et suédoises, dont 3,000 filles.

Garçons. — Plus d'un tiers étaient malades ou atteints de maux chroniques. 13.5 0/0 souffraient habituellement de mal de tête ; 13 0/0 étaient anémiques. La myopie croît rapidement de classe en classe.

La courbe de morbidité atteint un premier sommet dans la troisième année scolaire, puis elle descend pour remonter seulement dans les dernières classes.

Les années (7 à 13 ans) qui précèdent le développement de la puberté sont les plus exposées aux maladies; celles qui correspondent à l'appa-

rition de la puberté (14 à 17) sont relativement favorisées, tandis qu'immédiatement après, à 18 ans, reparaît une prédisposition aux maladies.

Filles. — Leurs conditions de santé sont encore plus défavorables : 61 0/0 étaient malades ; 36 0/0 étaient chlorotiques ; 10 0/0 avaient des déviations du rachis. Chez les filles, l'époque du développement de la puberté n'apporte aucune amélioration à cet état de choses, contrairement à ce qui s'observe pour les garçons. J. B.

Ueber den Einfluss hygienischer Massnahmen auf die Schulmyopie (Influence des mesures sanitaires sur la myopie scolaire), par von HIPPEL (*Giessen* 1889, *et Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, 21 *octobre* 1889).

Le travail de von Hippel présente un double intérêt. Il a suivi les mêmes élèves durant une période de 9 ans, dans un établissement modèle. En effet, le collège de garçons de Giessen a été construit en 1879, dans les meilleures conditions d'hygiène. Il est placé en plein air ; ses classes ont quatre mètres de haut; l'éclairage, presque toujours unilatéral gauche, est suffisant pour que de toutes les places on puisse lire, à la distance de 40 centimètres, des caractères typographiques ordinaires. Les bancs-pupitres, à deux places et à distance négative variable, sont mobiles, de sorte qu'au début de chaque semestre, on les répartit suivant la taille des élèves. Enfin le programme des travaux scolaires répond parfaitement aux exigences des hygiénistes.

Dans ces conditions d'observation, spécialement favorables, voici les résultats constatés par von Hippel.

De 1881 à 1889, le chiffre des myopes dans la division supérieure de la première est tombé de 78,6 0/0 à 28,5, soit près des deux tiers. Cet abaissement, qui a commencé en 1884, s'explique par la diminution du nombre des écoliers qui avaient fréquenté l'ancien collège où les conditions hygiéniques laissaient à désirer.

D'autre part, même dans le nouvel établissement, on note une augmentation dans le chiffre absolu des myopies, au fur et à mesure que les garçons passent dans des classes plus élevées.

Sur 832 yeux examinés périodiquement d'année en année, on en comptait à l'origine 508 d'emmétropes ou d'hypermétropes. Avec le cours des années scolaires, 75 de ceux-ci, soit 12,4 0/0, devinrent myopes. En outre, 107 yeux des 186 myopes dès l'origine virent leur myopie augmenter, soit une proportion de 57,5 0/0.

Von Hippel conclut :

L'édification et l'aménagement des écoles dans les meilleures conditions hygiéniques, l'absence de tout surmenage des élèves, non plus que l'inspection médicale régulière, ne peuvent empêcher que durant la scolarité, un nombre assez important d'écoliers ne deviennent myopes et que la myopie n'augmente chez ceux déjà atteints de cette affection.

Toutefois, l'application des sains principes de l'hygiène dans l'installation des bâtiments scolaires et dans l'organisation intérieure de l'enseignement, diminue considérablement la fréquence de la myopie, la maintient dans l'immense majorité des cas, à un degré d'intensité modéré et rend plus rares les complications, telles que le staphylome postérieur et le spasme d'accommodation. J. B.

Der Einfluss der Kleidung auf die Entstehung der Wanderniere der Frauen (Influence des chaussures à talons élevés sur la mobilité du rein droit chez les femmes), par F. von KORANYI (*Berlin. klin. Woch.*, *n.* 31, *p.* 702, 4 *août* 1890).

D'après les observations et expériences de von Korányi, l'usage de chaussures à hauts talons, joint au port de jupes lourdes, a pour effet de favoriser la mobilité du rein droit. Les talons élevés produisent l'exagération des courbures physiologiques du rachis, l'inclinaison oblique en avant du segment inférieur de la colonne lombaire, la saillie en avant du psoas-iliaque et du carré lombaire, lequel se trouve en même temps porté en dehors. Il en résulte une propulsion en avant de la partie inférieure du rein. Quand à cela vient se joindre un poids considérable des vêtements fixés autour des hanches, on a les raisons principales de la fréquence du rein flottant chez les femmes

En cas semblable, le corset, tant incriminé, loin d'avoir une influence fâcheuse, peut atténuer le mal, pourvu qu'il ne soit pas trop serré, parce que les jupes qu'on y attache allègent d'autant le poids qui, sans cela, porte uniquement sur les lombes. J. B.

Signes d'identité des ouvriers exerçant la profession de rhabilleurs de meules, par A. MOINGEARD (*Annales d'hyg. publ.*, *XXIV*, 39, *juillet* 1890).

Tatouage persistant du dos des premières phalanges des deux ou trois derniers doigts de la main gauche, résultant de la pénétration dans le derme d'éclats d'acier détachés du marteau. J. B.

Kritik der Vaccinations-Statistik.... par Josef KOROSI (*Berlin*, 1890).

Plaidoyer persuasif en faveur de la vaccination. Korosi emploie une méthode de calcul qui lui est propre, et qui consiste à comparer la morbidité et la mortalité, générales et varioliques, d'une part chez les vaccinés, d'autre part chez les non vaccinés. Les documents des hôpitaux hongrois qu'il a spécialement employés l'amènent aux résultats suivants :

1° Influence de la vaccine sur la morbidité. Les individus non vaccinés, âgés de 1 à 5 ans ont 4 fois, ceux de 5 à 20 ans, 4 fois et demi et ceux de 20 à 30 ans, 2 fois plus de chances de contracter la variole.

2° Influence de la vaccine sur la mortalité. Les individus non vaccinés âgés de 1 à 5 ans, ont 2 fois et demi, ceux de 5 à 20 ans, 9 fois et ceux de 20 à 30 ans, 17 fois plus de chances de mourir de la variole.

3° Influence de la vaccine sur la gravité de la variole. La léthalité de la variole est, pour les âges de 1 à 5 ans, 7 fois et demi, pour ceux de 5 à 20 ans, 16 fois et demi, pour ceux de 20 à 30 ans, 5 fois plus grande chez les non vaccinés.

En tenant compte de la résistance vitale généralement moindre et des aptitudes morbides plus grandes chez les non vaccinés, les deux premiers chiffres ci-dessus doivent subir les corrections suivantes : 4 et demi et 13 qui représentent, dégagée de ces facteurs étrangers, l'influence bienfaisante de la vaccine sur la gravité de la variole pour les âges compris de 1 à 20 ans.

4° Influence de la vaccine sur le développement d'autres maladies. Jusqu'à 7 ans, les dermatoses paraissent un peu plus communes chez les enfants vaccinés que chez les autres. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale, par J. GRASSET (*In-8°, p.* 758, *Montpellier*, 1891).

Dans ce volume, Grasset a réuni les leçons faites pendant les quatre premières années de son enseignement clinique; plusieurs ont paru isolément et ont fait l'objet d'analyses dans la *Revue*.

La première leçon qui traite des pyrexies pneumoniques renferme plusieurs observations intéressantes concernant des cas de pneumo-typhus et de fièvre pneumo-paludéenne; la troisième est consacrée à l'étude d'un cas de paralysie alterne (oculo-moteur commun à gauche et membre à droite) d'origine traumatique; la quatrième relate l'histoire d'un malade atteint de paralysie hystéro-traumatique; à ce sujet Grasset présente un tableau sommaire de ces paralysies; ce tableau est conforme à celui qui a été tracé par Charcot, mais Grasset n'admet pas que l'auto-suggestion joue un rôle prépondérant dans la genèse des accidents nerveux consécutifs au traumatisme.

Aux observations déjà publiées d'astasie-abasie, Grasset en ajoute une personnelle; son malade se distinguait en ce que le trouble de la locomotion n'était pas caractérisé par de la faiblesse dans les mouvements ou par de l'incoordination motrice, mais bien par des mouvements cadencés (à forme de chorée rythmée); aussi pense-t-il que l'on peut ramener à trois types distincts les cas d'astasie-abasie; dans le premier type, ce trouble est caractérisé par la faiblesse, dans le deuxième par de l'incoordination, dans le troisième par des mouvements cadencés.

Dans la leçon (VIII) sur le grand et le petit hypnotisme, l'auteur émet des opinions qui s'écartent un peu de celles qui ont cours à la Salpêtrière; il n'admet pas que le petit hypnotisme soit le diminutif du grand, ou un type intermédiaire formé par l'association de divers signes empruntés à chacun des trois états du grand hypnotisme; tout en reconnaissant l'unité de l'hypnotisme comme état nerveux, Grasset pense que le grand et le petit hypnotisme sont des formes symptomatiques distinctes de cet état, formes qu'il est impossible de considérer comme le diminutif ou le dérivé l'une de l'autre; il pense de plus, qu'au point de vue thérapeutique l'hypnotisme de Nancy n'est pas inférieur à celui de Paris, et que la suggestion à l'état de veille peut rendre des services signalés.

Parmi les autres leçons de l'ouvrage, citons les leçons sur la grippe de 1889, sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë, sur un cas de maladie des tics, sur le vertige des artério-scléreux.

A ces leçons est joint un appendice comprenant un certain nombre d'observations et notes cliniques rédigées par les internes et chefs de la clinique; l'une d'elles est une observation de rupture sous-cutanée d'une tumeur anévrismale développée aux dépens de l'aorte ascendante :

Une malade de 60 ans, entrée dans le service en état d'asystolie, présentait à la partie droite antéro-supérieure du thorax une tumeur volumineuse et pulsatile; cette tumeur augmenta peu à peu de volume et deux mois après l'entrée de la malade se rompit dans le tissu cellulaire du médiastin, du creux axillaire droit et du bras correspondant; la mort survint au bout de trois jours, au milieu d'atroces souffrances déterminées par la compression du plexus brachial; à l'autopsie on trouva que la poche, formée aux dépens de l'aorte ascendante, proéminait en dehors de la paroi thoracique sur une étendue plus grande que la main; elle était formée par les muscles intercostaux, la troisième côte était fracturée et les deuxième et quatrième côtes faisaient partie du sac anévrismal. (La rupture sous-cutanée d'un anévrisme de l'aorte est plus rare encore que la rupture extérieure; il n'en existe que quelques cas dans la science.)

Une autre observation à mentionner est celle d'une malade atteinte de goître exophtalmique avec paralysie bulbaire; cette malade, manifestement hystérique, présentait des signes de goître exophtalmique fruste, et de plus il existait chez elle une paralysie des droits internes, une paralysie de l'accommodation et de la pupille, et une paralysie faciale droite incomplète; cette observation tend à confirmer l'opinion qui fait du goître exophtalmique une maladie ayant pour origine des troubles fonctionnels du bulbe.

G. LYON.

I. — **Ein Fall von « subcorticaler alexie » (Werniche), par A. ADLER** (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 16, *p.* 356, 21 *avril* 1890).

II. — **Ueber Aphasie bei Wahrnehmung... (Aphasie optique), par C. MŒLI** (*Ibid.*, *n°* 17, *p.* 377, 28 *avril* 1890).

III. — **Discussion à la Société des médecins de la Charité de Berlin** (*Ibid.*, *p.* 395).

IV. — **Ueber Diagnose der Vierhügelerkrankungen (Diagnostic des lésions des tubercules quadrijumeaux, par EISENLOHR** (*München. med. Woch.*, *n°* 20, 20 *mai* 1890).

V. — **Paraplegie sämmtlicher Extremitäten... (Paralysie motrice des quatre membres causée par une hydatide interpédonculaire), par WIESMANN** (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n°* 11, *p.* 363, 1er *juin* 1890).

VI. — **Zur Casuistik der nucleären Ophtalmoplegie, par Alfr. CHRIST** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XLVI*, *p.* 497).

VII. — **Sur un cas d'hémiplégie croisée de la face et des membres par lésion limitée de la protubérance, par LANNOIS et REGNAULT** (*Lyon médic.*, 9 *novembre* 1890).

VIII. — *Id.*, **par REGNAULT** (*Thèse de Lyon*, *novembre* 1890).

IX. — **Étude physiologique de quelques troubles des articulations, par FÉRÉ** (*Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, *n°* 4, *p.* 168, 1890).

X. — **On disorders of the musical capacity from cerebral disease, par A. KNOBLAUCH** (*Brain*, *p.* 317, *octobre* 1890).

I. — Homme de 52 ans, admis à l'hôpital pour un épanchement péricardique. Dès le surlendemain, en se mettant au lit, sa tête et son bras gauche sont pris durant deux minutes de mouvements incoercibles, sans perte de la connaissance. Le jour suivant, hémiopie droite; intégrité des autres sens spéciaux et de la motilité. Intelligence normale, à part un affaiblissement de

la mémoire. Pendant les semaines suivantes, il lui est impossible de répéter par cœur une ligne qu'il a relue bien des fois ; quand on lui dicte un mot un peu long, il se hâte de l'écrire de peur de l'oublier, et si on l'arrête il est incapable d'en terminer la transcription; plus tard la mémoire s'améliora.

Tout en reconnaissant les objets qu'on lui présentait, il était incapable d'en nommer un certain nombre d'entre eux, simplement en les voyant; tandis qu'il y parvenait lorsqu'on les lui faisait manier, entendre ou goûter selon leur nature. Il lui arrivait parfois de mettre en doute l'appellation qu'on lui suggérait pour un objet qu'il n'avait pu désigner, jusqu'à ce qu'il l'eût touché. Ce trouble de langage diminua aussi avec le cours des semaines.

D'autre part, il avait entièrement perdu la faculté de la lecture, sans rien de visible à l'ophtalmoscope. Il avait une hémiopie droite complète et absolue, mais la vision centrale était conservée.

Il ne reconnaissait pas la plupart des lettres, se refusait même à les appeler de leur nom quand on le lui indiquait, tandis qu'il montrait sans hésitation la même lettre sur un autre point. Dans le cours d'une même exploration, ce n'étaient pas toujours les mêmes lettres qu'il méconnaissait ; parfois il ne pouvait dans le corps d'un mot nommer la même lettre qu'il avait pourtant désignée au commencement de ce mot. Souvent il lui arrivait de retrouver le nom d'une lettre après l'avoir tracée sur le papier ou même en l'air. Dans la suite, malgré tous les efforts, la faculté de lecture s'est peu améliorée. Quand il transcrivait des caractères imprimés en écriture courante, il ne pouvait copier que les lettres qu'il avait reconnues.

Quatre mois après l'ictus embolique, il lui arrivait encore, en travaillant, de prendre son ciseau au lieu de son marteau ou, en mangeant, son couteau ou sa fourchette au lieu de sa cuiller. En outre, dans la perception des couleurs, il présentait le trouble que Wilbrand a nommé la cécité amnésique. Lorsqu'on lui présentait les écheveaux de laine de Holmgren, il était incapable de montrer la couleur qu'on lui désignait. D'autre part, lui demandait-on la couleur du ciel ou d'une feuille, il répondait parfaitement bleue ou verte, sans pouvoir indiquer ces couleurs, et cependant il pouvait appareiller les nuances les plus fines.

II. — *1er cas.* Homme chez lequel les premiers phénomènes morbides, une différence temporaire de la parole, remontant au printemps 1887. En décembre suivant, nausées et vomissements. Entrée à l'hôpital le 6 avril 1888. On ne constate d'abord d'autre symptôme que l'obtusion intellectuelle dont le malade lui-même se plaint. Dans les mois suivants, l'état s'améliore, et il ne reste qu'un peu de lenteur et une prompte fatigue de l'esprit et l'absence de souvenir des faits récents. En novembre 1888, hémiopie droite. En février et mars 1889, le malade a une peine considérable pour dénommer les objets qu'on lui présente et qu'il a cependant reconnus. D'une cuiller, il dit: « J'en manie pourtant journellement. » Pour un rasoir, il fait avec humeur le geste de se l'appliquer sur la joue. C'est surtout la dénomination des couleurs qui est lésée, bien que, lorsqu'on les nomme devant lui, il sache les montrer et qu'il assortisse convenablement les laines colorées. Pour arriver à nommer un certain nombre d'objets, le malade a recours soit au toucher, soit à la gustation, soit à l'odorat. Le nom du violon, qui ne lui est pas venu lorsqu'on lui a présenté l'instrument, il le crie, dès qu'on en joue. Dans le cours de l'été la faculté de la lecture diminue graduellement. En août il est presque impossible au malade de lire soit les caractères imprimés, soit l'écriture. La copie et l'écriture spontanée ou sans dictée sont très défectueuses, tandis que l'aptitude au dessin linéaire subsiste. La faculté de dénommer les objets présentés est encore plus atteinte qu'antérieurement. Devant une figure de cheval, le malade dit c'est un chien ; mais d'un air dépité, il fait un signe de dénégation avec la tête et retrouve le véritable nom de l'animal au milieu

d'autres qu'on profère devant lui. Il élève autant de doigts qu'on le fait devant lui, mais il est incapable d'en dire le nombre. Il existe un certain degré d'affaiblissement du bras droit. La main correspondante est moins habile à manier les petits objets, à apprécier des poids ; elle sent moins les légers contacts. Mort de pneumonie le 3 janvier 1890.

Autopsie. Gliosarcome occupant surtout le bourrelet du corps calleux et le lobe occipital gauche ; l'hémisphère droit est intact, sauf au niveau de la moitié droite du corps calleux. En avant, la tumeur s'étend jusque dans la substance blanche, située au-dessous de la circonvolution centrale postérieure et du lobule pariétal inférieur ; elle reste distante de 1 centimètre du fond de la scissure de Sylvius ; elle traverse et refoule à droite le genou du corps calleux et s'étend dans la substance blanche, en ne faisant qu'aplatir la couche optique, sans la léser ; sur une coupe faite à travers la circonvolution centrale postérieure, la tumeur mesure encore plus de 3 centimètres de diamètre. Rien d'appréciable dans la première circonvolution temporale ni dans la troisième frontale.

2e cas. Femme de 29 ans, traitée en 1887 pour un délire hallucinatoire. Sortie guérie à la fin de 1888, elle rentre à la fin de juillet suivant complètement inconsciente et ayant des convulsions de la face et des membres droits. Au bout de quelques semaines, la fréquence des convulsions ayant décru, on constate une parésie droite avec hémiopie droite et aphasie extrême. A la fin d'octobre 1889, la malade ne comprend encore qu'un très petit nombre de mots qu'on prononce, soit d'écrire ou de lire. Depuis lors, il y a eu amélioration graduelle ; de l'hémiparésie, il ne subsiste qu'un peu d'inhabileté de la main droite ; la sensibilité est intacte ; le fond de l'œil et la réaction pupillaire sont normaux ; l'hémiopie n'a pas varié. La malade comprend mieux les questions, mais lecture et écriture sont toujours impossibles. En outre, à la simple vue, cette femme est hors d'état de dénommer les objets qui lui sont le plus familiers ; elle se hâte de les prendre entre les mains, et alors peut les nommer, même les yeux fermés. Elle a conservé la notion des dimensions. Une solution sucrée, elle la désigne simplement comme bonne, tandis que du vinaigre elle dit que ce n'est pas propre. Elle est incapable aussi de dire le nom des couleurs, quoiqu'elle puisse assortir les laines de même nuance.

III. — Dans la discussion, Uhthoff dit avoir vu un cas où l'aphasie optique n'était que partielle, portant exclusivement sur les lettres et les couleurs, mais non sur les objets matériels.

Oppenheim a observé un cas d'aphasie tactile chez une femme atteinte d'affection cérébrale : son toucher et sa sensibilité étaient intacts, et cependant elle ne pouvait reconnaître les objets, c'est-à-dire les nommer par le contact, tandis que la vue ou le son de ces objets lui en rappelaient immédiatement le nom. (*R. S. M.*, XXXIII, 102 et 582 ; XXXV, 132.) J. B.

IV. — A la suite d'un coup de revolver dont on retrouva la balle à l'autopsie dans les tubercules quadrijumeaux droits, il se développa chez un jeune homme de 28 ans : 1° d'abord des tremblements dans le bras gauche (avec inégalité pupillaire), par suite de l'irritation secondaire du faisceau pyramidal ; 2° puis des paralysies associées des muscles de l'œil avec diminution de l'acuité visuelle, cette dernière sous la dépendance de la lésion des tubercules quadrijumeaux, l'ophtalmoplégie relevant d'une lésion concomitante du noyau de l'oculomoteur ; 3° de la polyurie sans glycosurie, de l'ataxie cérébelleuse et finalement des symptômes de compression cérébrale.

Eisenlohr insiste surtout sur l'existence des troubles visuels et pupillaires en relation avec la lésion des tubercules quadrijumeaux. P. TISSIER.

V. — Homme de 44 ans. L'affection a débuté brusquement le 31 mars à la suite d'un travail pénible, par de la faiblesse, dans le membre supérieur gauche puis dans le droit. Dès le 2 avril, les quatre membres étaient paralysés com-

plètement, sans qu'il existât aucun trouble de sensibilité, de même les nerfs craniens et les sphincters étaient parfaitement intacts. Rien à signaler du côté des yeux, du pouls, ni des fonctions intellectuelles, pas de céphalalgie. Le 5 avril apparaît une dyspnée qui va dès lors croissant ; elle est due à la paralysie des muscles abdominaux. Mort le 8 au matin par œdème pulmonaire.

A la base du cerveau, immédiatement en arrière de l'infundibulum dont l'hypophyse se trouve arrachée, vésicule jaunâtre grosse comme une noix se continuant en arrière par une vésicule plus petite et foncée ; l'une et l'autre pénètrent entre les deux pédoncules cérébraux jusqu'au bord antérieur de la protubérance.

La vésicule hydatique a recouvert la substance perforée, et les tubercules mamillaires. Les nerfs moteurs oculaires communs sont un peu aplatis.

Rien d'autre à signaler dans l'encéphale. J. B.

VI. — Jeune homme de 18 ans; en mars 1889, nuage devant les yeux, en juillet chute des paupières supérieures, ptose incomplète. Fond de l'œil normal ; veines de la papille un peu turgescentes. Variations du pouvoir d'accommodation suivant les jours où l'examen est pratiqué. A la fin d'août, léger strabisme divergent et supérieur gauche ; léger nystagmus rotatoire.

Un examen plus précis montre une paralysie complète du pathétique, incomplète du muscle droit inférieur, du droit supérieur et de l'oblique inférieur. Stase incomplète des deux côtés. Conservation des réflexes pupillaires.

En septembre, parésie des rameaux moyens du facial gauche. Surdité s'établissant progressivement précédée par des sifflements d'oreille. Pas de troubles intellectuels.

Vers la fin de septembre, démarche chancelante.

A la fin d'octobre, névrite optique de l'œil droit ; rougeur et effacement de la pupille gauche.

En novembre, troubles gastriques, démarche plus chancelante, vertiges, douleurs vives à la région occipitale. Un peu d'inégalité des pupilles en faveur de la droite. Névrite optique des deux côtés. Pas d'autre trouble de la motilité que l'incertitude de la démarche. Mort le 30 novembre.

A l'autopsie on trouva un gliosarcome de la glande pinéale du voisinage des tubercules quadrijumeaux, de la partie antérieure du cervelet, de la partie postérieure du ventricule moyen. La tumeur occupait la partie interne des deux couches optiques, et la moitié de l'étage supérieur du pédoncule cérébral. A. M.

VII et VIII. — Voici l'observation qui a été le point de départ de ces deux études :

Homme de 33 ans, trouvé par terre dans le coma, apporté à l'hôpital. Déviation conjuguée de la tête et des yeux, anesthésie cutanée, paralysie faciale à droite, hémiplégie droite, tous les signes d'une apoplexie cérébrale. Mort dans le coma après 48 heures.

A l'autopsie, aucune lésion cérébrale ; mais dans la protubérance, dans le tiers supérieur et la moitié gauche, foyer de ramollissement. Pas de lésions notables des autres organes. A. C.

IX. — L'opinion généralement admise que les troubles de l'articulation peuvent exister sans altération de la motilité de la langue doit être rejetée. Féré a constaté, à l'aide de son glosso-dynamomètre et du chronomètre d'Arsonval que, même en l'absence de toute déviation apparente de la langue, cet organe présente ordinairement un affaiblissement et une lenteur notable aussi bien dans l'hémiplégie par lésions organiques que dans l'hémiplégie par trouble soi-disant dynamique des hystériques.

Lorsqu'il existe de l'aphasie, la langue montre un affaiblissement considérable prédominant du côté droit et un retard encore plus évident des réactions. L'aphasie hystérique ne fait pas exception à cette règle. La faiblesse des mouvements de la langue et leur lenteur se retrouvent aussi bien dans les vices congénitaux de la prononciation que dans les défauts acquis ; elles sont très marquées chez les sourds-muets et chez les bègues.

A la suite des attaques, les épileptiques présentent souvent des troubles de l'articulation, du bégaiement, du bredouillement, ou plus souvent une lenteur très particulière de la parole ; ces divers troubles coïncident avec une faiblesse très évidente des mouvements de la langue ; chez les paralytiques généraux, au contraire, on constate l'intégrité relative de la puissance motrice de la langue, malgré des troubles d'articulation des mots très prononcés ; chez eux, les troubles du langage sont ataxiques ou spasmodiques. G. LYON.

X. — Knoblauch étudie les troubles des facultés musicales, à propos d'un de ces cas, relativement assez commun, où la perte de la parole est complète, tandis que les malades peuvent chanter un air dont ils articulent les paroles. L'analyse minutieuse des conditions du phénomène le conduit aux considérations suivantes :

Pour la perception et la production des tons musicaux, il y a dans le cerveau des centres correspondants à ceux qui existent pour le langage. L'interruption des fibres unitives de ces différents centres donne lieu à différentes variétés de désordres dont la localisation peut se faire à l'aide d'un diagramme analogue à celui de l'aphasie. Pour cela il faut examiner les sujets aphasiques au point de vue de leur aptitude à chanter, à siffler, à jouer volontairement, ou au contraire à répéter les notes et les mélodies, à déchiffrer la musique écrite, à la réciter de mémoire ou à l'entendre réciter, etc. Il faut surtout s'assurer si le sujet peut seulement chanter l'air, ou s'il est capable en même temps d'articuler les paroles, ou de chanter différents couplets sur le même air. Ceci est, en un mot, un travail d'analyse correspondant au schéma de Lichtheim de l'aphasie. H. R.

Ueber eine eigenthüml. Form eine f. Erkrankung... (Sur une forme spéciale d'affection familiale du système nerveux central), par NONNE (*Münch. med. Woch.*, *n°* 42, 24 *octobre* 1890).

L'affection se caractérisa chez deux frères par les symptômes suivants : Faiblesse et coordination des jambes, trouble léger de la coordination des membres supérieurs, nystagmus avec parésie des muscles droits supérieurs et externes, diminution de l'acuité visuelle, altération de la voix, due à un trouble phonique, ou à la synergie fonctionnelle des muscles de la poitrine, de la bouche et de la langue, altération de la mimique de même cause. Légère démence ; irascibilité. Marche progressive.

Plusieurs autres membres de la famille présentaient une ébauche de ces troubles.

Le cerveau et la moelle étaient remarquablement peu développés, pas de lésions microscopiques ni histologiques, sauf dans les racines antérieures où les fibres nerveuses grêles étaient beaucoup plus nombreuses qu'à l'état normal.

Chez un des frères, le début pouvait être rapporté à une grave commotion psychique et physique. P. TISSIER.

I. — **Méningite typhoïde, par BALP** (*Rivista gener. italiana di clinica med.*, n° 17, *p.* 406, 1890).

II. — **Méningite et péritonite à pneumocoque sans pneumonie, par BOULAY et COURTOIS-SUFFIT** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 *mars* 1890).

III. — **Cerebrospinal meningitis, par ERDMANN** (*New York med. journ.*, *p.* 98, 25 *janvier* 1890).

IV. — **Zur Actinomycose... (Actinomycose du cerveau et des méninges), par ORLOW** (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, *p.* 328, 1890).

I. — A la suite d'une chute d'un lieu élevé, un ouvrier présenta les symptômes d'une méningite cérébro-spinale. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée; au niveau des circonvolutions de la voûte et de la base du cerveau (il existait une fracture de la lame criblée qui se prolongeait dans la fosse cérébrale moyenne); les méninges rachidiennes étaient recouvertes d'un pus épais, crémeux, jaunâtre, sans odeur; la rate était tuméfiée et diffluente; l'intestin ne présentait pas de lésions. Les cultures et les inoculations aux animaux permirent d'isoler un bacille offrant tous les caractères du bacille d'Eberth, bien que la culture sur pommes de terre présentât quelques anomalies. L'auteur discute le mode d'entrée de l'agent infectieux et pense qu'il a pénétré directement au niveau des méninges. G. LYON.

II. — L..., alcoolique invétéré, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital dans un état de délire complet; examen de la poitrine négatif. Mort au bout de 4 jours, après une crise de coma, avec météorisme énorme, œdème des parois abdominales et rétention d'urine. A l'autopsie, on trouve une péritonite intense généralisée, avec pus verdâtre, consistant, recouvrant tous les viscères. Intestins, estomac, cœur, poumons sains. Méningite purulente généralisée; une couche de pus se moule sur les circonvolutions. Rien dans le nez ni les oreilles. L'examen bactériologique montre des pneumocoques encapsulés, en cultures pures dans l'exsudat méningé, mélangés à d'autres organismes dans le pus péritonial. Une souris inoculée avec le pus méningé est morte en 24 heures, le sang contenait de nombreux pneumocoques.

Netter, à la suite de cette communication, fait observer qu'il n'a vu que 2 cas de péritonite pneumococcique sur 140 malades, tandis que la méningite existe 11 fois sur 100 sujets à pneumocoques. D'autre part, sur 33 méningites suppurées non tuberculeuses, il en a vu 21 avec des pneumocoques, soit près des deux tiers. H. L.

III. — Fille de 25 ans, souffrant seulement, le 3 août, de céphalalgie occipitale. Le 6 août, elle accuse de la photophobie; douleur et raideur du cou; anorexie, constipation.

Le 6 août, la douleur s'étend jusqu'à la 4e vertèbre cervicale; hyperesthésie; éruption de macules abondantes; P. 56; R. 17; T. 99° C. Subdelirium.

Le 10 août, on compte 7 respirations par minute à 1 heure; à 4 h. 30, 4 respirations. Douleurs vives à la région dorso-lombaire et au front.

Le 11, R. 6. Le 12, R. 13. P. 12; vomissements. Le 14, raideur des bras, torpeur; R. 15.

Le 15, respirations profondes; on n'en compte que 2 ou 3 par minute. Les douleurs persistent.

A partir du jour suivant, les douleurs diminuent, l'état s'améliore lentement. Guérison. Le traitement a consisté surtout en injections de morphine.

L. GALLIARD.

IV. — Femme de 29 ans, ayant eu en décembre 1886 une tuméfaction au côté gauche du cou, en mai 1887 une tumeur du maxillaire inférieur gauche,

en juin une pleurésie droite, plus tard des tumeurs multiples qu'on considère comme des gommes et qu'on traite par l'iodure et les frictions.

En décembre 1887, Monastyrski ouvre un abcès et fait le diagnostic d'actinomycose.

Le 22 janvier 1888, vertige, convulsions limitées aux doigts et à l'avant-bras droit. Le 24, convulsions étendues à tout le côté droit; perte de connaissance, puis délire.

Vers la fin de février, paralysie des membres du côté droit. La face est peu intéressée. Les accès d'épilepsie jacksonienne se renouvellent fréquemment. Cachexie, fièvre hectique. Mort le 7 avril 1888.

Il faut noter qu'un mois après l'hémiplégie droite sont survenues des crampes et de la paresthésie intéressant les membres du côté gauche.

Autopsie. — Les méninges sont adhérentes entre elles et adhérentes au cerveau sur un espace arrondi de 6 centimètres de diamètre, au niveau de la partie supérieure des deux circonvolutions centrales du côté gauche, lesquelles sont déprimées et envahies par un abcès qui a la dimension d'une pomme. La substance cérébrale est semée à ce niveau de cavités vides ou remplies de substance grisâtre friable; quelques-unes sont pourvues d'une membrane. La substance corticale des deux circonvolutions est ainsi détruite, en certains points, sur toute son épaisseur.

Le lobule paracentral est indemne. Il en est de même des autres parties du cerveau. Le centre cortical de la face est respecté, ainsi que la circonvolution de Broca, ce qui explique l'absence presque complète d'hémiplégie faciale et d'aphasie.

On trouve un petit abcès à la face inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit. Outre les foyers d'actinomycose déterminés pendant la vie, on constate des foyers pulmonaires. Rien dans les viscères abdominaux. Un peu de liquide séreux dans les plèvres et le péricarde. L. GALLIARD.

Ueber Wesen und Behandlung des Tabes (Nature et traitement du tabes), par STRUEMPELL (*Münch. med. Woch.*, *n°* 39, 30 *septembre* 1890).

Strümpell insiste sur la participation de tout le système nerveux (moelle, nerfs périphériques, cerveau) au processus morbide, qui fait du tabes une maladie systématique, combinée de façons très diverses. Il admet le rôle de la syphilis dans son éclosion. Il ne s'agit pas pour lui d'une lésion syphilitique, mais bien d'une intoxication post-syphilitique, comparable à ce point de vue aux lésions nerveuses secondaires aux autres infections (diphtérie) et relevant sans doute d'un poison chimique à action élective sur le système nerveux.

Pour ce qui concerne le traitement nous ne retiendrons que cette donnée que la médication antisyphilitique est indiquée, non pour atteindre la lésion médullaire, mais pour arrêter la production des substances chimiques qui l'ont déterminée et aident à son extension. P. TISSIER.

I. — Études sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière (syringomyélie, sclérose combinée, myélite aiguë), par FRANCOTTE (*Arch. de Neurologie*, *n°s* 56, 57, 58).

II. — Tabes et dissociation syringomyélique de la sensibilité, par PARMENTIER (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, *n°* 5, *p.* 213 ; 1890).

III. — On a case of ataxic paraplegia with autopsy, par Mitchel CLARKE (*Brain*, *p.* 356, *octobre* 1890).

IV. — Acute ascending paralysis... (Paralysie ascendante aiguë suivie de paraplégie ataxique), par Sanger BROWN (*Ibid.*, *p.* 375, *octobre* 1890).

I. — C'est sur une moelle atteinte de dégénérescences secondaires, à la suite de compression par une carie vertébrale que Francotte a observé la formation cavitaire qu'il décrit. Elle siégeait à la région cervicale supérieure et s'étendait vers le bas, sur une longueur de 4 centimètres environ. — Sur les coupes obtenues à la partie la plus élevée de la moelle cervicale, il a observe, au niveau de la commissure grise, une cavité irrégulièrement triangulaire, aux parois formées d'un feutrage serré de fibres au milieu desquelles on distingue une accumulation très notable de noyaux. Plus bas, cette cavité devient indépendante du canal central qui se trouve placé au devant d'elle. Plus bas encore, elle se rétrécit, prend la forme d'un T et descend au milieu du cordon postérieur du côté gauche. Enfin, elle finit par disparaître et se transforme en un foyer qui, sur des coupes traitées par la méthode de Weigert, offre une coloration jaunâtre. L'auteur suppose qu'il y a eu formation de tissu névroglique, en d'autres termes, gliose ou gliomatose, et que c'est le ramollissement, la désagrégation de ce tissu qui a donné lieu à la formation d'une cavité.

Francotte cite ensuite un cas de sclérose combinée des cordons postérieurs et latéraux. Homme de 66 ans, entré à l'hôpital pour une parésie progressive des membres inférieurs, douleurs en ceinture, douleurs irradiées dans les membres inférieurs, absence du phénomène du genou. — A l'examen microscopique, on constata, au milieu du renflement cervical, la sclérose des cordons de Goll, sauf une mince bande intacte, à leur partie externe, ainsi que la dégénérescence des cordons de Burdach ; enfin sclérose bien marquée des faisceaux cérébelleux. A la partie inférieure du renflement cervical, les deux bandes intactes situées à la région externe des cordons de Goll ont disparu et la zone dégénérée des faisceaux de Burdach est devenue un peu moins étendue. Plus bas, on constate que la dégénérescence des faisceaux de Goll et des parties internes des faisceaux de Burdach va en diminuant. Quant à la dégénérescence des cordons latéraux, limitée dans la partie supérieure au faisceau cérébelleux, elle a entrepris, vers le bas, une partie des faisceaux pyramidaux.

Deux autres observations de Francotte ont trait à des cas de myélite aiguë.

II. — Observation d'un malade qui, en plus de signes incontestables du tabes, présentait une dissociation syringomyélique de la sensibilité : la sensibilité tactile était intacte ; par contre, il existait une thermoanesthésie absolue au niveau des membres inférieurs jusqu'au-dessus des genoux, et aux membres supérieurs jusqu'au tiers inférieur des avant-bras ; enfin analgésie pour les mêmes segments de membre.

Sans conclure à la possibilité d'une réunion fortuite de la syringomyélie et du tabes chez son malade, Parmentier émet l'hypothèse que la syringomyélie pourrait, dans certains cas, être considérée comme une conséquence du tabes, comme un effet de la propagation à la substance grise de la lésion des cordons postérieurs. G. LYON.

III. — Femme de 49 ans, malade depuis 1888. Début par de l'affaiblissement progressif des muscles inférieurs, avec incoordination motrice : exagération des réflexes patellaires et plantaires, atrophie musculaires des jambes : pas de douleurs fulgurantes, mais douleurs en ceinture. Bientôt l'affaiblissement gagne les membres supérieurs. Signe de Romberg manifeste, mais intégrité des réflexes jusqu'à la mort. Pas d'anesthésie : au contraire sensation d'hyperesthésie à la douleur. Parole lente, scandée, langue trémulante ; vision

affaiblie, papilles blanches et atrophiés, nystagmus par intervalles. Mort d'épuisement.

Autopsie. — Dégénération partielle des racines postérieures au niveau de la région lombaire. Dégénération des cordons postérieurs commençant à la région saine, se développant vérs les 3e et 4e points lombaires, et limitée exactement à la partie médiane de chaque côté du sillon postérieur. Simultanément, dégénération du faisceau pyramidal croisé. Les lésions de sclérose se continuent, en s'accentuant davantage dans la région dorsale, où les cordons de Goll sont complètement détruits : à ce niveau existe une sclérose du faisceau cérébelleux direct en même temps que du faisceau pyramidal croisé ; les cellules de la colonne vésiculaire postérieure sont atrophiées.

H. R.

IV. — Homme de 42 ans, atteint successivement de pneumonie, de fièvre typhoïde, de malaria et de syphilis : céphalée occipitale habituelle. Le 9 juin, après avoir marché au soleil, sensation d'engourdissement dans les orteils, qui remontent au genou et à la hanche. Le lendemain matin, marche difficile, impossible dans la soirée. Le surlendemain, envahissement des membres supérieurs et vomissements, impuissance et parésie des réservoirs. A partir de ce moment, amélioration lente, mais développement d'une paraplégie ataxique type, avec exagération des réflexes tendineux. H. R.

Multiple Neuritis und Urobilinurie, par ROSSBACH (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLVI, p.* 409).

Jeune fille de 21 ans, bien portante auparavant. En novembre 1887, refroidissements marqués, et chagrins très grands : perte d'appétit, catarrhe gastrique, ictère léger. Depuis déjà 3 ans les urines étaient fortement colorées en brun. A la suite d'une amygdalite aiguë, douleurs musculaires intenses ; la mastication devient impossible à cause de ces douleurs.

Au moment où Rossbach a examiné la malade, il a constaté de l'hyperalgésie généralisée de la peau et des muscles, une diminution très grande de la force musculaire. Plus tard il y eut une atrophie musculaire prononcée des extrémités, des sueurs profuses. Les urines renfermaient de l'urobiline. Mort.

Il paraît y avoir eu dans ce cas en même temps urobilinurie et névrites multiples. A. MATHIEU.

Poliomyélites et polynévrites, par P. BLOCQ et MARINESCO (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, nos* 4, 5 *et* 6, *p.* 137, 195 *et* 272, 1890).

Dans ce travail, les auteurs considèrent seulement les rapports de la polynévrite à forme amyotrophique avec la paralysie générale spinale antérieure aiguë et subaiguë de l'adulte (laissant de côté la paralysie générale spinale diffuse).

Ils citent d'abord plusieurs observations qui établissent d'une façon péremptoire l'existence de paralysies aiguës, subaiguës et chroniques de l'adulte liées à des altérations de la substance grise des cornes antérieures de la moelle ; mais dans l'un des cas il existait simultanément une névrite légère du sciatique ; des névrites dégénératives peuvent donc coexister avec des lésions profondes des cornes antérieures ; ils relatent ensuite l'observation d'une malade chez laquelle Hayem avait porté, il y a vingt ans, le diagnostic de paralysie spinale aiguë (à cette époque toute atrophie musculaire, était censée relever d'une altération de la moelle) ; mais l'évolution ulté-

rieure de la maladie, la régression partielle de l'atrophie (les extrémités seules demeurant atrophiées), les troubles généraux observés pendant deux poussées de la maladie, firent songer à une polynévrite ; à l'autopsie faite à la Salpêtrière en 1889, on trouva des altérations intenses pour les muscles, minimes pour les nerfs (rameaux musculaires seulement), presque nulles pour la moelle ; les lésions médullaires se réduisaient à une diminution peu marquée du réseau fibrillaire et du nombre des cellules antérieures, ainsi qu'à de légères déformations, ou à la pigmentation exagérée de certains de ces éléments. Ce ne sont plus là les caractères d'une myélite diffuse, mais bien les désordres qu'on constate ordinairement dans les moelles séniles.

Les auteurs concluent qu'il existe des amyotrophies présentant une analogie clinique marquée avec la paralysie spinale aiguë et subaiguë de Duchenne, et dans lesquelles on ne peut déceler d'altérations fondamentales de la région motrice de la moelle. On ne peut affirmer absolument, dans certains de ces cas, que les désordres soient liés à la présence des névrites périphériques qu'on y constate.

Les centres cérébraux pourraient jouer un rôle pathogène dans les cas de ce genre, (polynévrites amyotrophiques s'accompagnant de troubles psycho-moteurs) ; on sait que l'influence trophique des centres corticaux sur la nutrition a été mise en évidence par un ensemble de faits d'ordre anatomique, clinique et expérimental ; les auteurs admettent en somme comme l'hypothèse la plus vraisemblable, l'existence d'une lésion de l'arc neuro-musculaire (*cellules cérébrales motrices*, cellules ganglionnaires de la moelle, nerfs moteurs, muscles), par un agent pathogène se localisant plus ou moins intensivement sur les diverses parties de cet appareil. G. LYON.

Ueber Landry'sche Paralyse, par EISENLOHR (*Deutsche med. Woch., n° 38, p.* 841, 1890).

L'auteur a observé deux cas de paralysie de Landry rapidement mortels, l'un chez un garçon de 18 ans, l'autre chez une femme de 59 ans. Dans les deux cas il a constaté des lésions des racines antérieures et des nerfs moteurs, lésions visibles jusque dans les plus fines ramifications de ces nerfs (tantôt névrite interstitielle, tantôt névrite parenchymateuse). Dans le second, il y avait en même temps myélite aiguë au niveau des 11e et 12e paires dorsales, tandis que les autres segments médullaires et le bulbe, malgré l'existence d'altérations évidentes des nerfs qui en émergeaient, restaient indemnes.

Cela prouve que les lésions des centres nerveux ne sont pas nécessaires pour faire naître les symptômes de la paralysie de Landry, et que les lèsions des racines nerveuses et des nerfs suffisent..

D'autre part l'autopsie du premier cas montre les désordres viscéraux des infections aiguës : rate molle et volumineuse, foyers hémorragiques des poumons et de l'intestin, gonflement des ganglions mésentériques et des follicules intestinaux. Le second cas, au contraire, se fait remarquer par l'absence de pareilles lésions ; mais on y trouve plusieurs ulcérations tuberculeuses de l'intestin et un foyer caséeux de l'une des capsules surrénales, de sorte qu'ici, comme dans le cas de Nauwerck et Barth, la maladie de Landry serait une complication de la tuberculose.

Les microorganimes font défaut dans le premier cas, malgré l'évidence de l'infection. Dans le second, au contraire, on en trouve plusieurs espèces, spécialement dans le système nerveux.

Les cultures obtenues en effet avec des fragments empruntés à la rate, au nerf sciatique droit et à la moelle démontrent la présence du staphylococcus pyogenes aureus. En outre, la rate et ce même nerf sciatique contiennent un microbe qui ressemble au staphylococcus cereus albus Passet. La moelle, enfin, contient deux espèces de bâtonnets et un coccus en chaînettes. Pas de bacille tuberculeux.

On peut admettre que la paralysie de Landry est une maladie infectieuse.

L. GALLIARD.

Erb'sche Schulter-Armlähmung (Paralysie scapulo-humérale d'Erb), par BORNTRÆGER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 33, *p.* 747; 1890).

Homme de 23 ans, s'étant approché d'un camarade pendant un exercice de gymnastique, a été heurté violemment par les deux talons ; l'un a porté sur le côté gauche de la tête, l'autre sur la fosse sous-épineuse gauche ; violente douleur, inertie du bras immédiate. Après deux ou trois semaines, paralysie passagère des fléchisseurs de l'avant-bras.

Atrophie du deltoïde, des muscles sous-épineux, des muscles du bras, surtout du biceps. Le long supinateur paraît altéré. La flexion de l'avant-bras s'accomplit bien, mais le long supinateur ne se contracte que faiblement. Le bras ne peut s'élever jusqu'à l'horizon. La supination de la main est normale, de même la rotation du bras en dehors.

Pas de troubles de la sensibilité.

L'électrisation du point d'Erb donne rapidement un résultat positif. L'électrisation du biceps ne produit que de faibles contractions. L. GALLIARD.

Ueber abnorme Geschmacksempfindung bei Neurasthenia sexualis (Des sensations anormales du goût dans la neurasthénie sexuelle), par Alexander PEYER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 9, *p.* 291, 1er *mai* 1890).

Tissot a mentionné la perte possible du goût et de l'odorat à la suite de pertes séminales répétées.

Peyer a observé huit cas d'anomalies du goût, plus ou moins durables, chez des hommes atteints d'une affection des organes génitaux. Il s'agissait tantôt d'un affaiblissement des sensations gustatives, tantôt d'un goût désagréable ou déplaisant et insupportable, d'une sensation de brûlure, etc.

Tous ces malades avaient de la spermatorrhée. L'un des cas, après avoir résisté à tous les traitements, guérit spontanément et graduellement par le mariage. Les sept autres guérirent ou subirent une amélioration dès qu'on eut supprimé l'affection causale.

Peyer a également observé une singulière névrose de la sensibilité de la langue chez un robuste pharmacien de 26 ans, atteint de pollutions considérables, conséquence d'habitudes invétérées de masturbation. Depuis l'âge de 17 ans, ce jeune homme éprouvait brusquement, par instants, des fourmillements dans la langue; les mouvements de l'organe devenaient très pénibles et durant l'attaque qui durait de trois à cinq minutes, la parole était un balbutiement incompréhensible ou bien elle était complètement impossible. Le même phénomène s'étendait parfois aux lèvres et à d'autres parties du corps, mais surtout aux membres supérieurs. J. B.

La neurasthénie (épuisement nerveux), par L. BOUVERET (In-8°. *Paris*, 1890).

La neurasthénie est une maladie du système nerveux purement fonc-

tionnelle, caractérisée par un affaiblissement durable de la force nerveuse. Relevant d'un trouble de nutrition des centres, elle constitue une espèce distincte dans la famille des névroses. Fréquemment héréditaire, elle apparaît alors de 15 à 20 ans, tandis que les formes acquises ne se montrent que de 20 à 30 ans.

Les causes efficientes sont des plus nombreuses : surmenage cérébral, moral, physique, intoxications. Mais tandis que Bouchard et Glénard en font une conséquence des troubles gastriques et gastro-intestinaux qu'ils ont décrits, il semble plus exact de retourner leur proposition et d'envisager la dyspepsie comme le résultat et non la cause de neurasthénie.

Les symptômes sont variés, puisqu'ils intéressent toutes les fonctions. Il en est cependant de plus fréquents qui méritent le nom de stigmates. Ce sont : la céphalalgie générale ou locale (nuque), l'insomnie qui résiste aux hypnotiques, la dépression cérébrale caractérisée par le défaut de mémoire, d'attention, de volonté et par la fatigue rapide, l'affaiblissement de la motilité, la rachialgie, la dyspepsie atonique, la dilatation habituelle de la pupille et le refroidissement des extrémités. Parmi les symptômes moins ordinaires, citons seulement le vertige, l'état d'anxiété avec agoraphobie ou claustrophobie, les troubles de la sensibilité et de la motricité.

Chaque association de symptômes peut donner lieu à un diagnostic spécial. Toutefois c'est avec l'hystérie, l'anémie et le rhumatisme que la confusion est le plus facile. Il ne faut cependant pas oublier que l'alcoolisme et la syphilis peuvent déterminer des éclats qui sont analogues à neurasthénie.

Bouveret trace, comme on le voit, un tableau très complet des manifestations de cet état névropathique. Il adopte comme thérapeutique les moyens préconisés par Weir Mitchell (isolement, repos, massage, électrisation, etc.) Son livre forme une étude d'ensemble remarquable de cette maladie. LEFLAIVE.

Des tremblements hystériques, par CHARCOT (*Progrès médical*, 6-13 *septembre* 1890).

Charcot admet qu'il existe une grande variété de tremblements hystériques et les catégorise comme suit : 1° tremblement oscillatoire non exagéré par les mouvements volontaires; il peut être à oscillations lentes (3 à 6 par secondes) et imiter la paralysie agitante ou le tremblement sénile; à oscillations rapides (8, 9 et plus par seconde) et imiter les tremblements alcooliques de la paralysie générale, de la maladie de Basedow ; 2° tremblement existant ou non au repos, provoqué ou exagéré par les mouvements intentionnels, qui augmentent l'amplitude des vibrations sans l'accélérer (intermédiaire comme nombre de vibrations entre les deux types oscillatoires). Il imite le tremblement de la sclérose en plaques et surtout le tremblement mercuriel. H. L.

De l'hystérie mâle dans un service hospitalier, par SOUQUES (*Archives générales de médecine, août* 1890).

Souques a relevé, dans le service de Chauffard, 26 cas d'hystérie mas-

culine dans une salle de 32 malades, et cela dans le courant d'une année. Ces chiffres montrent la fréquence relative de l'hystérie chez l'homme. Ils sont à rapprocher de ceux de Marie qui, au bureau central, a trouvé 28 hystériques sur 525 malades.

Souques a trouvé que, dans le service de Chauffard, l'hystérie masculine avait été pendant son année d'observation, deux fois plus fréquente que l'hystérie féminine.

Ces chiffres paradoxaux, en apparence, tiennent à la grande fréquence des intoxications saturnine, alcoolique et autres. RICHARDIÈRE.

Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie, par BRISSAUD (*Archiv. gén. de méd., octobre et novembre* 1890).

Le spasme saltatoire (maladie de Bamberger) n'est autre chose qu'un incident de la diathèse de contracture, et, comme tel, il appartient, ainsi que cela a lieu le plus souvent, à l'hystérie. Brissaud a pu en observer cinq cas, dans lesquels l'hystérie figurait comme élément étiologique principal.

D'autre part, si le spasme saltatoire est le plus souvent une manifestation hystérique, il est admissible que les affections spinales capables de déterminer des paraplégies spasmodiques puissent se traduire accidentellement par le spasme saltatoire. Telles sont la myélite transverse, les scléroses latérales, le tabes dorsal. Il faut seulement reconnaître qu'il y est très rare. RICHARDIÈRE.

I. — De la paralysie faciale hystérique, par CHANTEMESSE (*Société médicale des hôpitaux*, 24 *octobre* 1890).

II. — Paralysie faciale hystérique, par BALLET. (*Ibid.*, 21 *novembre* 1890).

I. — L'auteur rapporte trois observations de paralysie faciale hystérique et résume ainsi les caractères de ce syndrome. C'est une parésie portant sur les muscles du domaine du facial inférieur comme dans la paralysie faciale centrale. Les réactions électriques sont normales. La parésie est souvent bilatérale.

Il y a en même temps une monoplégie brachiale, parfois accompagnée d'une monoplégie du membre inférieur du même côté, ou croisée. Les troubles de la sensibilité ne manquent jamais, anesthésie sensitive et sensorielle, plus ou moins profonde, frappant surtout la vue. Enfin, l'intelligence et surtout la mémoire sont très amoindries pendant toute la durée de la paralysie faciale. Le mode d'apparition est brusque; d'emblée l'affection atteint le maximum, puis elle décroît peu à peu.

II. — Il s'agit d'un homme de 24 ans qui présente une paralysie très nette des muscles innervés par le facial inférieur droit; quand il mange, les aliments s'accumulent entre la joue et l'arcade dentaire. Les téguments et la muqueuse de la joue sont anesthésiés. On trouve chez lui un certain nombre de stigmates, rétrécissement du champ visuel à droite, hémianesthésie sensorielle. Cette paralysie est en outre variable d'un jour à l'autre. La contractilité électrique tant faradique que galvanique est diminuée au niveau des muscles atteints. H. L.

L'œdème bleu des hystériques, par CHARCOT (*Progrès médical*, 11-18 *oct.* 1890).

Sydenham avait déjà signalé l'œdème blanc des hystériques, œdème en général unilatéral et ne laissant pas de trace à la pression de la main. Charcot rapporte un certain nombre de cas où l'œdème s'accompagnait d'un abaissement de la température (2 à 5 degrés), et d'une coloration bleu violacée, quelquefois très foncée des téguments. Le gonflement des jambes peut amener une différence de plusieurs centimètres. On retrouve chez les malades toute une série de stigmates hystériques. Il importe de savoir différencier cet œdème de celui que Remak et Roth ont signalé dans la syringomyélie ; dans ce dernier cas, l'œdème occupe surtout le dos des mains et s'accompagne de thermo-anesthésie et d'analgésie. La maladie de Raynaud se reconnaît aisément à sa symétrie et à son siège (nez, oreilles, doigts). On peut reproduire artificiellement l'œdème bleu et Charcot a pu le reproduire avec tous ses caractères chez certaines hystériques par suggestion, après les avoir placées dans la période somnambulique du grand hypnotisme.

L'œdème bleu disparaît en général avec les accidents locaux vulgaires, paralysies, contractures, qu'il accompagne, et ne nécessite pas de traitement spécial.

Dans un cas, il fut possible de faire disparaître l'œdème par suggestion dès la première tentative, quoique la malade ne fût que dans un état somnambuliforme, relevant du petit hypnotisme ; mais dès le lendemain, l'œdème reparut ; et les nouvelles séances eurent toutes un effet passager, avec retard progressif dans le retour de l'œdème.

H. L.

Physiologische Bemerkungen über die Hypertrophie und Dilatation des Herzens (Remarques physiologiques sur l'hypertrophie et la dilatation du cœur), par M. v. FREY (*D. Arch. f. klin. Medic.*, *XLVI*, *p.* 398).

Le cœur soumis à un travail considérable augmente de volume non seulement pendant la diastole, mais même pendant la systole. Il ne se vide pas complètement. Si la force des contractions reste suffisante, s'il y a hypertrophie compensatrice, l'effet de cette réplétion exagérée, de cette évacuation systolique se fait peu sentir; si la force de contraction devient insuffisante, le cœur reste dilaté à demeure et d'une façon progressive. L'hypertrophie et la dilatation ne s'excluent donc nullement ; leur existence simultanée s'explique, au contraire, très bien.

A. MATHIEU.

Étude sur la pathologie du pouls lent permanent, par REGNARD (*Thèse de Paris*, 1890).

Le symptôme caractéristique de cette affection est la lenteur du pouls, qui se maintient toujours au-dessous de 50 pulsations à la minute et qui peut tomber bien plus bas encore ; le chiffre moyen donné par les observations est de 32. L'exercice et même la fièvre accélèrent peu les battements cardiaques. Le pouls est habituellement régulier et à tension élevée. On constate aussi des pulsations des jugulaires.

Compatible avec une santé parfaite, cet état s'accompagne presque

toujours de céphalalgie et de troubles divers de la respiration, de la digestion, des organes des sens, de l'intelligence, etc. Les accidents les plus graves consistent en troubles nerveux épileptoïdes. Ce sont d'une part des attaques épileptiformes, et d'autre part des accidents syncopaux de haute gravité, car ils se terminent souvent par la mort ; suivant leur intensité et leur durée, on peut leur décrire trois degrés : le vertige, le syncope, le coma pseudo-paralytique.

Ces accidents, qu'un état de malaise général, une sorte d'aura, annoncent à l'avance, sont d'abord éloignés; ils se rapprochent, altèrent l'état général; et si la mort ne survient pas brusquement de leur fait, ce qui est la règle, elle survient par cachexie ou asystolie.

La durée moyenne de la maladie une fois reconnue est de 3 ans 1/2 (maximum 15 ans, minimum 3 mois 1/2). La cause est une lésion durable, irritative, d'un point de l'appareil modérateur du cœur ; mais souvent le point de départ est le cœur lui-même dégénéré, ou troublé par l'athérome dans sa circulation propre. LEFLAIVE.

Knochenveranderungen bei chronischen Lungen und Herzkrankheiten (Altérations osseuses dans les affections chroniques du cœur et du poumon), par BAMBERGER (*Zeitsch. f. klin. Medicin, vol. XVIII, p.* 192).

Bamberger rapporte sept observations d'altérations osseuses survenues au cours de dilatations bronchiques et trois observations d'altérations survenues au cours d'affections cardiaques. Ces altérations consistent en lésions de périostite ossifiante qui semblent surtout fréquentes à la jambe et à l'avant-bras. Le fémur, l'humérus, la rotule, les os de la main et du pied, le sternum peuvent être également touchés. Dans aucun cas on ne trouva de lésions des os du crâne, des vertèbres, du scapulum, de l'os iliaque. Les lésions sont ordinairement symétriques, mais souvent inégalement accentuées; les douleurs sont soit spontanées, soit seulement réveillées par la pression; l'affection peut même être indolente. Bamberger, comme pathogénie, pense que dans les sécrétions des bronches dilatées (et les affections cardiaques agissent, elles aussi, indirectement par la stase pulmonaire qu'elles entraînent) se forment des substances toxiques qui, en passant dans la circulation, irritent le tissu osseux. A.-F. PLICQUE.

Varicose aneurisms of the aorta and superior vena cava, par W. PEPPER et Crozer GRIFFITH (*Americ. J. of the med. sc., octobre* 1890).

D'après 29 cas rapportés par les auteurs on peut dresser l'histoire pathologique de cette variété d'anévrismes en réalité assez rares. La cyanose, l'œdème, le refroidissement de l'extrémité céphalique et des deux membres supérieurs; la dilatation considérable des veines de ces mêmes régions s'accompagnant de tous les signes ordinaires d'une gêne ou d'une obstruction circulatoire de la veine cave supérieure permettent de reconnaître cette variété d'anévrisme. Ces signes ont été retrouvés dans tous les cas examinés à cet égard. Aucune autre affection ne peut les provoquer tout au moins à un degré aussi marqué, si ce n'est une oblitération ou une occlusion de la veine cave, quelle qu'en soit la cause. A ces signes principaux peuvent se joindre encore d'autres symptômes

révélant l'obstacle à la circulation : dyspnée, râles divers, expectoration abondante et parfois hémoptysie, hémorragie pulmonaire; dysphagie par compression de l'œsophage; attaques de délire; fréquemment tendance au sommeil amenant progressivement le coma final. L'apparition rapide, soudaine de cet ensemble de symptômes est caractéristique de l'anévrisme artério-veineux, sinon pathognomonique. Elle a été, dans certains cas, précédée de symptômes décelant la compression lorsque l'accélération brusque des signes vient annoncer la communication brusque de l'aorte et de la veine cave. L'auscultation démontre l'existence d'une tumeur intra-thoracique et peut seulement faire supposer que cette tumeur est un anévrisme. Les symptômes sont tellement variables, le trouble, l'expansion, les battements, le souffle aussi bien que la matité donnée par la percussion peuvent présenter tant de modifications et tant de variétés qu'il est impossible d'après leur étude d'affirmer la nature même de la tumeur reconnue.

Un souffle caractéristique permet seul de reconnaître la communication artério-veineuse : c'est un souffle continu et tenant à ce que le passage du sang de l'aorte dans la veine cave est lui-même continu. Pendant la systole, la pression atteint son maximum, aussi le souffle est-il renforcé, plus élevé. Pendant la diastole, son intensité est en rapport avec le degré d'élasticité conservé par la paroi artérielle.

A l'autopsie, l'affection est caractérisée par la communication entre les deux vaisseaux. L'orifice de communication est tantôt oblique, tantôt circulaire, d'ordinaire de petites dimensions, à bords le plus souvent irréguliers et dentelés. Dans quelques cas, on l'a trouvé oblitéré par des caillots fibrineux.

Le pronostic a toujours été fatal. La mort survient entre 6 heures et 7 mois. Dans une seule observation, le malade n'avait pas succombé lors de la publication.

Le traitement est impuissant. La saignée, les purgatifs répétés, employés dans la plupart des cas n'ont guère donné de résultats. Les toniques ont permis d'espérer qu'en soutenant les forces des malades, on pouvait attendre l'oblitération au cas où l'orifice serait de très petites dimensions.

F. VERCHÈRE.

Ueber den Pulsus differens und seine Bedeutung bei Erkrankungen des Aortenbogens (Sur le pouls différent et sa signification dans les maladies de la crosse de l'aorte), par ZIEMSSEN (*D. Arch. f. klin. Med. XLVI, p.* 285).

Ziemssen entend par pouls différent l'inégalité des deux pouls. Son travail a pour but de démontrer que l'inégalité des deux pouls résulte du rétrécissement de l'orifice ou du voisinage de l'orifice de la sous-clavière ou du tronc brachio-céphalique, quel que soit le mécanisme de cette diminution du calibre artériel. Le plus souvent il s'agit d'un processus d'artérite déformante; très souvent aussi d'une dilatation ou d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. Du côté où le pouls est plus petit, on trouve sur le tracé sphygmographique une ligne d'ascension oblique, un abaissement et un retard du sommet de l'onde; le dicrotisme normal tend à s'effacer. La constatation de ce fait fournit des données intéressantes pour la localisation des anévrismes de la crosse de l'aorte.

A. MATHIEU.

Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme, par GIRAUDEAU (*Arch. gén. de méd., novembre* 1890).

Giraudeau rapporte 8 observations de rétrécissement mitral observé chez des hommes atteints d'accidents hystériques. Quelques-uns des malades étaient chétifs et malingres. Cet arrêt de développement en rapport avec la lésion cardiaque, permet de penser que le système nerveux a été également influencé et a traduit sa débilité par les troubles hystériques. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude des oblitérations de la veine cave inférieure, par VIMONT (*Thèse de Paris*, 1890).

L'oblitération de la veine cave inférieure n'est pas un accident très fréquent, puisque l'auteur n'a pu en rassembler que 112 cas. L'étiologie habituelle est la thrombose, soit de cause locale (compression par kystes ou tumeurs), soit de cause générale; dans ce dernier cas, l'affaiblissement de l'impulsion cardiaque peut jouer un rôle, mais l'agent principal est une infection le plus souvent (infection puerpérale, tuberculose, quelquefois fièvre typhoïde).

Parmi les lésions consécutives à l'arrêt de la circulation, il faut citer la congestion, la dilatation veineuse et les hémorragies interstitielles des divers viscères abdominaux, notamment des reins et du foie; on trouve alors des traînées de sang reliant entre eux tous les espaces sus-hépatiques d'une même région.

L'expérimentation a montré qu'après ligature de la veine cave inférieure en un point quelconque, le liquide injecté par les veines iliaques gagne rapidement le cœur. Les voies les plus importantes sont les diverses veines rachidiennes, et surtout le canal réno-azygo-lombaire, qui semble alors former un centre anastomotique, une sorte de confluent veineux. Le réseau sous-péritonéal doit jouer un rôle dérivatif important.

En clinique, le rétablissement circulatoire est facile aussi, grâce aux nombreuses voies collatérales. Si l'oblitération occupe le tiers inférieur de la veine cave, il se fait surtout par les veines de la paroi abdominale et du tronc (courants antérieurs, latéraux et postérieurs) par la veine porte, et, chez la femme, par les veines des viscères génito-urinaires. Si l'oblitération s'étend au tiers moyen ou au tiers supérieur, ce sont alors les plexus rachidiens et le système porte qui remplissent le principal rôle.

Les symptômes varient beaucoup suivant la rapidité de l'oblitération. L'œdème, entre autres, est généralement considérable, mais il peut faire défaut. Les veines sous-cutanées présentent une dilatation extrême, constituent parfois de véritables angiomes, mais conservent leur contractilité, qui semble même accrue. L'albuminurie n'est pas constante et peut être transitoire.

La durée de la maladie est subordonnée à la cause; elle est quelquefois fort longue, et a pu être de 15 et 20 ans. La mort est souvent le fait d'une complication (embolie, hémorragie, urémie, etc.) LEFLAIVE.

Thrombose de l'artère mésentérique inférieure et gangrène du colon, par ADENOT (*Revue de médecine, p.* 252, *mars* 1890).

A propos d'un cas de gangrène du colon descendant consécutif à une thrombose de l'artère mésentérique inférieure, l'auteur passe en revue l'histoire des oblitérations des artères mésentériques. Tantôt comme dans son cas, on a affaire à une artère athéromateuse, tantôt et plus souvent on se trouve en présence d'une embolie partie du cœur ou des gros vaisseaux artériels qui en naissent. Les plaques de gangrène s'observent surtout lorsque la lésion siège au niveau de la mésentérique supérieure et principalement lorsque le tronc ou les grosses branches de l'artère sont oblitérées. Elles constituent, avec les hémorragies intestinales, l'accident le plus fréquent auquel cette thrombose donne lieu. Si ces troubles de nutrition se produisent, malgré les anastomoses nombreuses des branches voisines, c'est que la mésentérique supérieure est une artère terminale fonctionnelle (Litten). Il faut aussi faire jouer un grand rôle aux microorganismes nombreux et d'espèces variées qui habitent l'intestin et qui trouvent dans ce défaut d'irrigation sanguine un terrain tout préparé pour exercer leurs ravages. C. GIRAUDEAU.

Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de VERNEUIL (*Tome II*, 2e *fascicule*, 1890).

1° *Tuberculose et arthritisme ou hybridité tuberculo-arthritique*, par Verneuil. — On peut rencontrer sur un même sujet un mélange d'arthritisme et de tuberculose, cette hybridité pouvant être héréditaire, hérédo-acquise ou acquise. Les manifestations des deux ordres peuvent être stationnaires simultanément, ou évoluer simultanément, ou bien les unes paraissent sommeiller, tandis que les autres semblent évoluer : ce sont là plutôt des coïncidences. En cas d'hybridité réelle, les deux maladies réunies dans le même foyer ou régnant ensemble sur l'organisme sont en activité et chacune d'elles exerce sur l'autre une influence plus ou moins considérable.

2° *De l'immunité conférée à des lapins par la transfusion péritonéale du sang de chien*, par C. Richet et Héricourt. — En transfusant du sang de chien, animal réfractaire à la tuberculose, dans le péritoine du lapin, animal non réfractaire, on confère à ce dernier une immunité relative, d'après les expériences faites par les auteurs sur huit animaux.

3° *Combien de temps une vache peut-elle être tuberculeuse avant que son lait devienne dangereux comme aliment?* par H. Ernst. (Voir *R. S. M.* tome XXXV. p. 113.)

4° *Étude sur la nutrition des tuberculeux*, par Quinquaud. — L'exhalation de l'acide carbonique est augmentée par kilogramme et par heure dans la tuberculose pulmonaire au 3e degré, souvent au 2e et parfois dès le début, sans qu'il y ait nécessairement de fièvre; parfois, avec la fièvre hectique, on constate une exhalation d'acide carbonique égale ou à peine supérieure à la normale. La capacité respiratoire du sang s'abaisse considérablement au 3e degré de la phtisie pulmonaire, et notablement déjà au 2e degré. La glycose du sang ne commence à diminuer qu'au moment où la nutrition est profondément troublée; elle augmente au moment des hémorragies. L'urée du sang subit une légère augmentation

dans la tuberculose fébrile; chez les phtisiques non fébricitants avec cachexie, elle tend à décroître. Les chiffres de l'azote total des urines sont toujours inférieurs à ceux de l'état sain; la quantité d'acide phosphorique est à peu près normale, mais souvent un peu inférieure.

5° *Sur une nouvelle tuberculose bacillaire d'origine bovine*, par J. Courmont. — Etude complète d'un bacille que l'auteur a isolé dans les tubercules d'une vache atteinte de pommelière; ce bacille, qui diffère absolument du bacille de Koch, ne produit de tubercules que dans certaines conditions, tandis qu'il détermine à peu près constamment la mort des animaux auxquels on l'inocule; les produits solubles qu'il sécrète ont une action favorisante. La constatation de ce bacille porte à 6 le nombre des parasites susceptibles de produire la tuberculose : 1° coccus de Toussaint, 2° bacille de Koch, 3° zooglées de Malassez et Vignal, 4° bacille de Charrin et Roger, 5° strepto-bacille de Dor, 6° bacille de Courmont.

6° *Recherches expérimentales sur les sueurs des tuberculeux*, par H. Surmont. — L'inoculation de la sueur des tuberculeux recueillie à l'état de pureté ne produit pas la tuberculose chez le cobaye. On ne peut donc regarder les sudations des tuberculeux comme la conséquence d'une décharge bactérienne par les glandes cutanées. Cette sueur ne peut pas, lorsqu'elle est pure, être un agent de contagion; elle ne devient dangereuse qu'autant qu'elle a été souillée par d'autres produits infectés, crachats, etc.

7° *Passage du bacille de Koch dans le pus de séton des sujets tuberculeux; application au diagnostic de la tuberculose bovine par l'inoculation au cobaye du pus de séton*, par L. Peuch. — Le pus du séton d'une vache reconnue tuberculeuse à l'autopsie, recueilli du 6e au 18e jour de l'application du séton et inoculé à 10 cobayes, a déterminé la tuberculose chez les animaux inoculés avec le pus recueilli le 8e, le 9e et le 14e jour après l'application du séton: les cobayes inoculés avant et après cette époque ne sont pas devenus tuberculeux. Ce procédé permet donc de reconnaître avec certitude l'existence de la tuberculose chez les animaux.

8° *Les grains riziformes sont-ils des produits tuberculeux?* par V. Cavagnis. — Cas de synovite du poignet à grains riziformes dont l'exsudat ne renfermait pas de bacilles tuberculeux et ne détermina pas la tuberculose par inoculation au lapin.

9° *Le lupus vulgaire et le système lymphatique* (*radicules*, *vaisseaux*, *ganglions*), par H. Leloir. — On peut voir dans le cours du lupus vulgaire des poussées de lymphangite et d'œdème lymphangitique se présentant avec les caractères de l'érysipèle blanc des scrofuleux et avec un état fébrile variable, mais distincts de l'érysipèle vrai, qui peut se développer également chez les sujets atteints de lupus. Les ganglions lymphatiques correspondant à la région sur laquelle siège le lupus sont souvent altérés : tantôt volumineux, caséeux et suppurés, tantôt peu volumineux, durs, multiples; Leloir a constaté par l'expérimentation la nature tuberculeuse de ces adénopathies que Hebra regardait comme purement inflammatoires.

10° *Le lupus scléreux et le lupus sclérosé*, par H. Leloir. — A côté du lupus scléreux résultant d'une évolution particulière du lupus, jouissant de propriétés virulentes et susceptible de durer et de pulluler pendant

un grand nombre d'années, il faut décrire le lupus sclérosé, dans lequel la transformation fibreuse est un mode de guérison et aboutit à la production d'une véritable cicatrice non virulente, constituant un mode de guérison de la lésion.

11° *Fracture pathologique du maxillaire inférieur, tuberculose sénile, mort*, par E. Tachard.

12° *Ulcération tuberculeuse de la langue guérie par l'iodoforme et l'acide lactique*, par P. Thiéry.

13° *Du traitement prolongé de la tuberculose par l'iodoforme à petites doses*, par Clado.

14° *Observation de tuberculome intra-lingual*, par Poncet (de Lyon).

15° *Traitement de la phtisie par les injections intra-pulmonaires antiseptiques*, par P. Vigneron. — Ce mode de traitement est d'une pratique difficile et les malades ne s'y soumettent qu'avec une vive appréhension. La tolérance du poumon des phtisiques pour ce traitement est assez grande, mais il peut y avoir des quintes de toux très violentes accompagnées parfois d'efforts de vomissements et d'expectoration, de douleur et d'angoisse; il peut se produire un pneumothorax lorsqu'il n'y a pas d'adhérences pleuro-pulmonaires. L'action des injections interstitielles sur les signes physiques de la tuberculose est peu favorable; l'effet sur l'état général est habituellement désastreux; elles déterminent ordinairement de la fièvre et leur effet curatif est plus que douteux.

16° *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses; de l'emploi du naphtol camphré*, par J. Reboul.

17° *Traitement chirurgical des tuberculoses périphériques; suites immédiates*, par P. Thiéry. Les opérations pour tuberculoses locales et chez des tuberculeux donnent des résultats immédiats bons ou médiocres du côté de l'état local, des résultats souvent bons du côté de l'état général. Ces résultats sont d'autant meilleurs qu'on se rapproche plus du début de l'infection (réunion immédiate) ou que l'opération a pour but de supprimer un foyer de rétention ou de suppuration (amélioration de l'état général). Ces résultats sont modifiés, 1° par la coexistence de la tuberculose pulmonaire; 2° par le siège et la nature de la lésion, certaines régions et certaines tuberculoses locales étant véritablement privilégiées; 3° par la nature de l'intervention. Malgré l'excellence apparente des suites immédiates, le malade n'en reste pas moins exposé, de par la nature tuberculeuse de la lésion, à quelques complications particulières : récidive immédiate, aggravation des lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, généralisation, qui, jointes aux accidents des suites éloignées, aggravent le pronostic de l'intervention.

18° *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du tractus uvéal*, par E. Valude. En présence d'une lésion présumée tuberculeuse de l'iris et du corps ciliaire, il est nécessaire de s'assurer par des moyens rigoureux de l'exactitude du diagnostic. Le tubercule peut, s'il n'est pas vascularisé, rester stationnaire ou fondre et s'enkyster, ou disparaître spontanément ou sous l'action locale de l'iodoforme; il est néanmoins toujours préférable de l'exciser en totalité, et cela surtout s'il offre une tendance à l'accroissement : encore faudra-t-il surveiller attentivement l'œil et soumettre les malades au traitement général de la tuberculose.

S'il se ramollit et se fait jour à l'extérieur, l'énucléation de l'œil devient nécessaire. GEORGES THIBIERGE.

De la tuberculose ; quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de cette affection, par Jules MEYER (*Thèse de Lyon*, 1890).

Étude consciencieuse, où l'auteur démontre, par le dépouillement de tous les documents publiés à ce jour, l'analyse critique des faits expérimentaux, que la transmission de la turberculose par hérédité est douteuse, qu'en tout cas elle constitue une exception. Il en trouve la preuve dans la rareté de la tuberculose congénitale et dans les expériences de Sanchez Toledo et Straus ; pour lui la turberculose latente n'est qu'une hypothèse en tant qu'envisagée chez les enfants comme transmission héréditaire.

La turberculose est due à la contagion par les voies les plus diverses et notamment, dans le jeune âge, par l'alimentation. Faut-il admettre que les ascendants puissent au moins transmettre une prédisposition, des droits à la maladie. Il l'admettrait pour l'enfant, mais la rejette pour la tuberculose qui se manifeste chez l'adulte. A. CARTAZ.

De la congestion pleuro-pulmonaire, par P. DUFLOCQ (*In-8°, Paris*, 87 *pages*, 1889).

Duflocq décrit la congestion pleuro-pulmonaire simple idiopathique. Étiologie : influence prépondérante du froid, puis le traumatisme, les émotions vives, la menstruation, les affections du petit bassin chez la femme. Le siège le plus fréquent est la racine des bronches. Les principaux symptômes sont : la submatité, la diminution des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire ou souffle à caractère spécial, crépitation pleurale, expectoration type.

Le souffle et la crépitation n'ont pas d'ordre chronologique; ils peuvent exister seuls, se succéder ou coïncider. Le souffle est hâtif, doux, superficiel, étalé, à tonalité basse; il se distingue par là des souffles pneumoniques et pleurétiques. La crépitation pleurale est à bulles fines, sèches, égales et superficielles et ressemble au bruit que fait la mèche de cheveux qu'on roule entre ses doigts; elle se distingue du râle crépitant de la pneumonie qui crépite comme le sel qu'on jette sur le feu. L'expectoration est gommeuse, quelquefois striée de sang rosé.

Formes : 1° La forme simple déjà décrite ;

2° La forme qui accompagne la pneumonie doit être connue pour qu'on n'attribue pas à la pneumonie la totalité des lésions;

3° La forme qui prépare l'épanchement pleurétique est souvent longue ;

4° Chez les enfants, les phénomènes généraux sont souvent intenses.

La fièvre est variable; souvent courte dans la forme pulmonaire, elle peut offrir des ascensions élevées; elle est traînante dans la forme pleurale; il est des cas apyrétiques. D.

Zur Lehre vom Krebs der Bronchien und der Lungen (Cancer des bronches et des poumons), par W. EBSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 42, *p.* 921 ; 1890).

1° Homme de 67 ans, ayant souvent de la dyspnée et des irrégularités du pouls, des douleurs lombaires et intercostales; en décembre 1888, il a des signes de bronchite et des râles sous-crépitants localisés à la base droite. —

On diagnostique chez lui : bronchite et emphysème, dilatation du cœur dégénérescence du myocarde.

Le 20 mars 1889, après avoir présenté des symptômes de congestion pulmonaire à la base droite et d'hydrothorax, il meurt subitement.

Autopsie. — Cœur gras, aorte athéromateuse. Dans le lobe inférieur du poumon droit, une bronche, qui, à l'état normal, aurait les dimensions d'une plume de corbeau, présente des parois épaissies et manifestement envahies, sur une étendue de quelques centimètres, par les éléments de l'épithelioma cylindrique. De plus, dans le parenchyme des deux poumons, mais surtout à droite, on trouve autour des bronches et des vaisseaux lymphatiques de fines traînées carcinomateuses ; à la surface des poumons existent des masses aplaties de même nature. Les ganglions bronchiques sont également dégénérés ; les ganglions rétro-péritonéaux sont cancéreux.

2° Homme de 54 ans, ayant, depuis le printemps 1890, des douleurs au dos et au côté droit du thorax. Le 3 juillet on constate à gauche, en bas, de la matité et des râles : les côtes à ce niveau sont inégales et douloureuses à la pression ; pas de toux, pas de crachats. Etat cachectique. On diagnostique : cancer du poumon et cancer secondaire des côtes. Le 22 juillet, paralysie incomplète du releveur de la paupière supérieure droite. A ce moment, la 5e côte droite porte une tumeur dure, grosse comme un œuf de pigeon. Mort le 25 juillet.

Autopsie. Cancer primitif de la bronche gauche au niveau du hile ; bronchectasies multiples au niveau de la périphérie du lobe inférieur gauche. Dans ce lobe, cancer des vaisseaux lymphatiques, envahissement des artères et des veines ; noyaux cancéreux secondaires dans les ganglions lymphatiques, la plèvre, le foie, la vésicule biliaire, les capsules surrénales, les reins, le pancréas, le péritoine, le cerveau, les os. Gastrite chronique, ulcérations et cicatrices de la muqueuse de l'estomac. L. GALLIARD.

Notes on diphteria in animals and in man, par James DAVIDSON (*Brit. med. j.*, *p.* 954, *octobre* 1890).

Relation intéressante d'une épidémie de diphtérie à Buenos-Ayres. L'auteur a eu la patience de faire une enquête personnelle sur deux cent soixante maisons où la maladie avait été signalée, et il consigne le résultat de ses recherches. Pour lui, la diphtérie tient en partie à la présence, dans l'intérieur des maisons, de cours non pavées, ou pavées, qui deviennent un réceptacle d'immondices pour peu que des chevaux et des poules y soient entretenus. La présence des poules a été notée dans la plupart de ces maisons, avec la mention explicite que souvent elles étaient malades et avaient la gorge blanche. On sait que la diphtérie est fréquente chez la poule. Il est donc assez vraisemblable que les enfants qui jouent constamment dans ces cours intérieures ont dû rencontrer des conditions d'infection suffisantes pour les contaminer.

H. R.

Recherches sur l'étiologie de la diphtérie, par A. ROSSIGNEUX (*Thèse de Lyon*, 1890).

Après un exposé critique des diverses théories sur l'étiologie de la diphtérie, Rossigneux montre par ses recherches sur une épidémie lyonnaise (1er semestre 1889) que l'infection agit au même titre et au même degré que la contagion dans la diffusion de la diphtérie. Tout en admettant que le microbe de Lœffler paraît bien l'agent virulent, il se demande

s'il n'existe pas plusieurs variétés de diphtérie, ayant chacune son agent spécial ou bien de virulence variable, donnant lieu aux diverses modalités de la maladie. L'auteur est partisan de l'identité de la diphtérie aviaire et humaine, mais il n'en apporte pas de preuve autre que la simultanéité de cas de diphtérie avec la présence, au voisinage, de basses-cours malades, etc. L'enquête poursuivie dans l'épidémie porte sur 165 cas. Ce travail se termine par une étude des moyens prophylactiques à employer contre cette maladie. A. CARTAZ.

Des complications articulaires et périarticulaires de la diphtérie, par B. LYONNET (*Lyon méd.*, 4 *janvier* 1891).

Femme de 31 ans, contracte le 5 mai 1889 une angine diphtéritique, suivie de paralysie du voile et de parésie de membres inférieurs. A son entrée à l'hôpital le 27 juin, la paralysie du voile subsiste encore. Souffle systolique à la pointe du cœur. Albumine dans l'urine. Peu après son entrée, la malade est prise de douleurs avec tuméfaction des genoux, tuméfaction portant sur les articulations et les tissus périphériques. Une ponction du genou ne retire aucun liquide. Examen bactériologique négatif du sang. Les tissus périarticulaires restent empâtés, une incision ne fait constater qu'un épaississement du tissu cellulo-adipeux. Articulation saine. Marche impossible. Pas d'antécédents de blennorragie, de scarlatine, pas d'hystérie.

L'auteur, après un exposé historique détaillé, qui montre l'extrême rareté des manifestations articulaires dans la diphtérie, admet qu'il existe deux variétés de complications : les unes d'origine infectieuse, pseudo-rhumatismes; les autres d'origine nerveuse, troubles trophiques périarticulaires. Ces dernières seraient tardives, dans la convalescence; c'est à cette variété qu'il rattache l'observation qu'il publie. A. CARTAZ.

Cancer de l'estomac sans dyspepsie, par SIREDEY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 *novembre* 1890).

Une femme de 59 ans, alcoolique, éprouvait depuis quelque temps des douleurs vagues à l'épigastre, avec sensation de brûlure après les repas ; ni vomissements, ni hématémèse, ni melæna. Appétit conservé normal. Teint rose, peau blanche.

On constate à la palpation du ventre l'existence de deux tumeurs susombilicales; l'une superficielle, située juste sous la paroi abdominale, dure, allongée transversalement, un peu mobile ; l'autre plus profonde, bien plus étalée. Estomac peu dilaté. A partir du 20 septembre surviennent des vomissements d'abord rares, puis quotidiens, puis répétés plusieurs fois par jour. Mort le 1er novembre.

A l'autopsie on trouva un énorme cancer de l'estomac, étendu en forme de cône sur la petite tubérosité et les deux courbures ; le pylore est très rétréci. Au-dessous de l'estomac tumeur cancéreuse de l'épiploon, nombreux nodules disséminés. H. L.

Note sur l'étiologie et la pathogénie de l'hyperchlorhydrie primitive, par MARFAN (*Gaz. hebd. de méd. Paris*, n° 33, 1890).

L'hyperchlorhydrie comprend la majeure partie des anciennes dyspepsies gastralgiques. Le facteur étiologique le plus important est l'existence d'une disposition névropathique, le plus ordinairement héréditaire, rarement acquise. L'hyperchlorhydrie est une névrose sécrétoire de l'estomac. RICHARDIÈRE.

Les varices veineuses de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique. Étude clinique et anatomo-pathologique, par LETULLE (*Soc. méd. des hopitaux*, 24 *octobre* 1890).

Homme, âgé de 34 ans, alcoolique invétéré; début par une ascite qui évolua en 5 à 6 semaines, puis 6 mois après, crises d'hématémèses répétées, précédées par des crampes d'estomac, la tuméfaction de la rate, le ballonnement du ventre, la constipation. Après venait un mélœna abondant. Ces crise durèrent plus de 2 ans; alors survint une pleurésie droite considérable qui nécessita 2 ponctions rapprochées; quatre hémorragies surabondantes, à 24 heures d'intervalle enlevèrent le malade,

A l'autopsie, on trouva la rate très grosse, dure, le foie sain, nullement sclérosé, le péritoine susombilical parsemé de lésions scléreuses anciennes, surtout dans l'épiploon gastrohépatique, au niveau de l'hiatus de Winslow devant le pancréas, le duodénum et à l'origine du mésentère. L'œsophage présentait un nombre considérable de grosses veines sinueuses et dilatées, veines sous-muqueuses situées pour la plupart dans le tiers inférieur de ce canal. A l'origine du cardia on trouva deux petites fissures muqueuses et vasculaires répondant à une énorme veine variqueuse obturée par des caillots récents.

La veine porte était libre, mais la grande veine mésaraïque était énormément distendue, et complètement oblitérée par un caillot ancien, adhérent aux parois épaissies; de même pour la petite veine mésaraïque. Les autres veines de l'abdomen étaient saines. Cette obstruction des 2 veines mésaraïques expliquait bien la dilatation supplémentaire du système porte accessoire œsophagien où refluait le sang venant vers les veines gastro-épiploïques. L'examen histologique des veines œsophagiennes sous-muqueuses montre l'épaississement partiel de leurs parois, l'endophlébite fibroïde au niveau de la fissure avec atrophie des éléments fibreux et musculaires, et des glandes voisines de la muqueuse. Les veines mésaraïques montraient les lésions classiques d'une vieille endophlébite chronique végétante ayant envahi le caillot thrombosique, et à larges sinus.

Letulle conclut que les varices de l'œsophage relèvent le plus souvent de l'alcoolisme chronique, le mécanisme qui préside à leur développement est mal connu. La cirrhose hépatique n'est pas la cause constante et nécessaire. L'alcool peut porter primitivement son action néfaste sur les veines gastriques, mésaraïques, sur les veines œsophagiennes; celles-ci peuvent subir d'une part une dilatation passive, d'autre part l'influence sclérotique de l'alcool charrié par le sang. H. L.

Des hémorragies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose hépatique et dans diverses maladies du foie, par DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 *octobre* 1890).

Les auteurs résument 14 observations d'où ils concluent : 1° à la fréquence, dans la cirrhose du foie, d'hémorragies profuses gastriques ou gastro-intestinales; 2° à la gravité souvent mortelle, et rapidement mortelle, de ces hémorragies; 3° à l'apparition prématurée de cet accident, qui précède l'ascite et fait souvent penser à un ulcère de l'estomac. Au point de vue pathogénique, ils montrent que dans 3 cas seulement on a trouvé une rupture de varices œsophagiennes; que pour les 11 autres cas on peut admettre l'existence d'une congestion dans le système de la veine porte, congestion qui serait sous la dépendance d'une excitation des extrémités des nerfs splanchniques. H. L.

Ueber epidemischen Ikterus, par Arthur HENNIG (*Samml. klin. Vorträge, n° 8,* 1890).

A. Hennig a eu l'occasion d'observer, à Kœnigsberg, des épidémies d'ictère sévissant dans certaines maisons. La séméiologie générale de cet ictère épidémique est bien connue : début brusque, souvent par des frissons, fièvre intense, malaise général, courbature, ictère plus ou moins prononcé, quelquefois tuméfaction de la rate et souvent albuminurie. Le pronostic est en général bénin, et la guérison a lieu au bout de 15 jours à 3 semaines.

Il a recherché les diverses épidémies d'ictère décrites par les auteurs. Il donne le tableau de 86 épidémies.

Voici ses conclusions : 1° l'ictère infectieux est une maladie générale, aiguë, spécifique, miasmatique, non contagieuse; 2° il peut être sporadique, endémique ou épidémique; 3° c'est en général une maladie bénigne; 4° il y a une certaine relation entre le typhus abdominal et le typhus bilieux (T. biliosus, seu icteroides); 5° l'agent infectieux se développe en dehors de l'organisme humain; 6° il ne récidive jamais.

A. MATHIEU.

Du reflux permanent de la bile dans l'estomac, par Edmond WEILL (*Lyon méd.*, 7 *décembre* 1890).

Femme de 43 ans, migraineuse non hystérique. Il y a cinq ans, maux de tête alternant de quinzaine en quinzaine avec des vomissements alimentaires ou pituiteux. Il y a quatre ans, syncope prolongée due à une asphyxie par l'oxyde de carbone. A partir de ce moment, céphalées plus violentes.

Depuis mars 1889, les vomissements sont devenus bilieux; sans nausées, sans efforts, la malade rejette plusieurs fois par jour, à jeun, après le repas, d'énormes quantités de bile. Amaigrissement profond. Pas de tumeur stomacale; dilatation de cet organe. Pas de signes d'entéroptose. Le tube de Faucher, introduit à diverses heures, ramène toujours de la bile et l'on peut évaluer la quantité versée dans l'estomac à deux ou trois litres.

Lavage de l'estomac pour permettre une alimentation avec peptones, lait, œufs; les peptones seules étaient tolérées. Après avoir discuté l'hypothèse d'un ulcère par lithiase biliaire, d'une fistule cysto-colique par calcul ou cancer, etc., Weill s'arrêta, d'après les signes généraux, à l'idée d'un déplacement du duodénum par rapport à l'estomac, ne permettant pas à la bile de couler dans l'intestin. Il appliqua une ceinture abdominale, l'effet fut immédiat; il n'y eut plus de vomissements bilieux, l'alimentation put se faire, les forces ont repris (12 kilogr. en 3 mois). La guérison persiste depuis un an et demi.

En terminant, Weill étudie les observations similaires, insiste sur quelques considérations physiologiques et montre qu'en cas d'insuccès des moyens mécaniques, il faudrait dans ces cas intervenir chirurgicalement.

A. CARTAZ.

Entérite tuberculeuse à symptômes insolites, par H. RENDU (*France médicale*, 2 *mai* 1890).

Homme de 36 ans, entre à l'hôpital pour une tuberculose à localisation laryngo-trachéale.

Il a le ventre ballonné : dès qu'il mange, l'estomac gonfle et devient le siège de douleurs vives qui ne tardent pas à irradier dans tout l'abdomen. La

tympanite persiste 5 à 6 heures après chaque ingestion alimentaire. En dehors de la douleur, peu de troubles fonctionnels, point de renvois, ni d'évacuations gazeuses, à peine de nausées, jamais de vomissements.

A la palpation, ballonnement uniforme de l'intestin sans relief des anses intestinales ou de l'estomac, et sans gâteau péritonéal. Pas d'ascite. Constipation absolue. Les purgatifs sont mal tolérés et semblent exaspérer la douleur. Garde-robes sèches, dures, ovillées et parfois revêtues d'une couche de mucosités.

Le malade meurt de cachexie au bout de 3 mois. A l'autopsie tout l'intestin grêle, à partir du pylore, est tapissé d'ulcérations profondes, disposées perpendiculairement au grand axe de l'intestin, creusées jusqu'au niveau de la tunique musculeuse, déterminant des froncements et de véritables rétrécissements sur certains points ; à la périphérie de leurs bords, granulations à différentes périodes de l'évolution ; sur le péritoine, granulations discrètes, correspondant aux ulcérations intestinales. Pas de péritonite adhésive. Ganglions mésentériques énormes. Gros intestin sain, sauf au voisinage de la valvule ileocæcale. Foie et reins stéatosés. E. DESCHAMPS.

Ueber weitere Verbreitungsgebiete der Dysenterie-Amöben, par KARTULIS (*Centr.-Bl. f. Bakt. u. Parasit.*, 2, 1890).

Kartulis rapporte de nouveaux cas de dysenterie dans lesquels il a pu constater la présence des amibes, qu'il a trouvés à plusieurs reprises dans la dysenterie d'Egypte ; ce qui fait l'intérêt de ce nouveau travail, c'est que les malades qui ont été observés avaient contracté la dysenterie non pas en Egypte, mais en Grèce. Il rapporte en même temps des observations analogues aux siennes et faites par Massuitin en Russie. W. O.

Ueber das Verhalten des Magensaftes und des Magens beim Diabetes mellitus (Altérations du suc gastrique et de l'estomac dans le diabète), par ROSENSTEIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 289, 31 *mars* 1890).

Rosenstein conclut de ses observations :

1° Dans un certain nombre de cas de diabète, l'acide chlorhydrique libre fait défaut dans le suc gastrique pendant plus ou moins de temps; cette absence passagère doit être considérée comme l'expression d'une névrose de l'estomac;

2° Dans un certain nombre de cas de diabète, il existe une atrophie de la muqueuse stomacale, consécutive à une gastrite interstitielle;

3° Quand, dans le diabète, l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique manque en permanence, il faut en chercher la cause dans une atrophie de l'appareil glandulaire dépendant d'une inflammation interstitielle. J. B.

Zur Ætiologie des Morbus Brightii acutus, par MANNABERG (*Zeitsch. f. klin. Medicin*, *XVIII*, *p.* 559).

Dans 11 cas de mal de Bright aigu, Mannaberg a trouvé dans l'urine de nombreux streptocoques qui disparurent à la guérison. Jamais, ni chez d'autres malades, ni chez des sujets sains, il n'a rencontré ces streptocoques dans l'urine. Ce streptocoque paraît particulier au mal de Bright, et l'évolution de ses cultures le différencie des autres streptocoques connus. Inoculées en petite quantité dans le système circulatoire de chiens et de lapins, les cultures amenèrent chez les chiens une néphrite intense,

chez les lapins une néphrite intense avec endocardite. Il n'y avait pas au niveau des reins multiplication des streptocoques injectés, et leur action semblait se faire par simple passage.

Il existerait donc une forme de mal de Bright aiguë d'origine microbienne spéciale. Cette forme aurait pour caractère clinique d'évoluer vite et de se terminer d'ordinaire par la guérison. A.-F. PLICQUE.

Oxalurie et état nerveux, par NEIDERT (*Münch. med. Woch.*, 26 *août* 1890).

L'oxalhémie et l'oxalurie constituent une maladie distincte ayant son individualité. La salade, les légumes, certains médicaments, rhubarbe, scille, la cocaïne en badigeonnage, élèvent le taux de l'acide oxalique dans le sang.

A l'état normal, une partie de l'acide oxalique absorbé passe à l'état de CO^2 et d'H^2O (30 à 40 0/0); chez les oxaluriques, cette combustion fait défaut; en outre, par suite d'une perversion de la nutrition, certains albuminoïdes se transforment en acide oxalique et s'éliminent comme tels. Ce trouble nutritif relève sans doute d'une lésion nerveuse centrale. L'hérédité est fréquente. On observe souvent le diabète chez les parents.

Les symptômes principaux sont des troubles nerveux (oppression, accès d'asthme, palpitations, insomnie, etc.); la soif est exagérée (5 à 6 litres). L'oxalurie aboutit à la cachexie et à la mort. P. TISSIER.

I. — Contributo alla etiologia delle complicazioni del tifo, par PATELLA (*La Riforma medica*, 20 *juin* 1890).

II. — De l'infection par le bacille typhique sans lésions intestinales, par VAILLARD et VINCENT (*Soc. méd. des hopitaux*, 14 *mars* 1890).

III. — Note sur les hématuries d'origine extra-rénale dans la fièvre typhoïde, par A. LÉTIENNE (*La médecine moderne*, 18 *décembre* 1890).

I. — Dans un cas de fièvre typhoïde suivie d'abcès multiples, Patella a examiné le pus des abcès et y a trouvé simultanément le staphylococcus pyogenes aureus et le bacille d'Eberth. En raison de la rapidité du développement de ces abcès, il pense qu'ils ont été produits par le staphylococcus; les bacilles d'Eberth apportés par la circulation ont trouvé dans ce pus des conditions peu favorables à leur développement, de sorte que leur vitalité a diminué progressivement, ce que prouvent les traces évidentes de dégénérescence qu'ils présentaient dans le dernier abcès examiné. L'auteur a examiné le sang au début de la convalescence et n'y a pas trouvé de microorganismes; il admet qu'ils avaient disparu à ce moment. L'origine de l'infection secondaire par le staphylocoque était probablement dans les ulcérations intestinales. Ce fait n'autorise pas à soutenir avec Kamen que tous les abcès observés chez les typhiques ont pour cause le bacille d'Eberth. GEORGES THIBIERGE.

II. — Il s'agit d'un jeune soldat qui mourut après onze jours de maladie, ayant présenté des symptômes méningitiques. Excitation d'abord, puis coma. A l'autopsie on trouva une congestion intense des méninges cérébro-spinales; la rate était très grosse, les intestins sains. L'examen bactériologique de la pulpe splénique donna par ensemencement : 1° un streptocoque; 2° un bacille mobile, morphologiquement semblable au bacille typhique et présentant les

mêmes caractères de coloration, et de culture : les auteurs concluent que l'infection typhique a évolué sans son cortège habituel de symptômes et de lésions. H. L.

III. — Dans quelques cas rares on voit survenir au cours de la fièvre typhoïde des hématuries provenant du bassinet ou de la vessie. Se produisant sans prodromes, sans troubles fonctionnels, ces hématuries ne se reproduisent pas nécessairement à chaque miction. Lorsqu'elles sont peu intenses, ce qui est la règle, elles n'ont aucune influence sur la température; elles ne comportent pas par elles-mêmes un pronostic fâcheux, à moins qu'elles ne soient accompagnées de quelque autre anomalie de la maladie. GEORGES THIBIERGE

I. — Sur les troubles nerveux lointains consécutifs au paludisme, par J. TEISSIER (*Bull. méd.*, 30 *avril* 1890).

II. — De l'influence du paludisme sur le développement de évroses, par Henri LEJONNE (*Thèse de Lyon*, 1890).

I. — Teissier rapporte, dans cette leçon, l'histoire de deux cas de névroses créés par le paludisme; dans un cas, il s'agissait de neurasthénie, dans l'autre de phénomènes d'hystérie. La neurasthénie est fréquemment d'origine toxique; nulle intoxication, plus que la malaria, ne peut réaliser les conditions originelles (insuffisance rénale, troubles hépatiques, circulatoires, anémie, etc.) Suivant les prédispositions héréditaires le paludique aura de l'hystérie (prédisposition nerveuse) ou simplement de la neurasthénie (état arthritique). Parfois les signes confineront aux deux névroses.

La connaissance de ces faits a, comme on le comprend, une grande importance thérapeutique.

II. — Lejonne développe les idées de Teissier et donne la relation détaillée de quinze observations de névroses d'origine nettement paludique. A. CARTAZ.

Les causes individuelles ou somatiques de l'impaludisme, par H. de BRUN (*La médecine moderne*, 8 *mai* 1890).

D'après H. de Brun, les nègres sont plus souvent atteints de fièvre paludéenne que les blancs. Les enfants en sont également plus souvent atteints que les adultes, quoique les auteurs ne signalent pas ce fait. La réceptivité pour l'infection paludéenne peut se modifier à des époques différentes chez un même individu : ainsi un sujet longtemps indemne peut être pris d'accidents paludéens sans quitter le pays qu'il habite : ceux-ci peuvent également apparaître un certain temps après l'arrivée dans un pays où le paludisme est inconnu; il faut donc admettre qu'un individu peut être porteur de l'agent pathogène du paludisme sans que la présence de cet agent dans l'organisme se traduise par aucun symptôme; parmi les causes qui peuvent faire reparaître l'activité de cet agent, H. de Brun signale spécialement les traumatismes de la rate, dont l'action n'avait pas été indiquée par les auteurs et dont l'influence sur le développement des accidents paludéens semblerait prouver que le microorganisme pathogène se localise particulièrement dans la rate pendant qu'il reste latent. GEORGES THIBIERGE.

I. — **Symptôme et complications de la grippe, par ALISON** (*Arch. gén. de méd., avril et mai* 1890).

II. — **Sur la grippe, par GAUCHER** (*Bull. Soc. méd. hopitaux, 14 mars* 1890).

III. — **De quelques accidents de la grippe, par FERRAND** (*Ibidem, 21 février* 1890).

IV. — **Contagiosité de la grippe, par ANTONY** (*Ibidem, 14 février* 1890).

V. — **Two fatal cases of influenza in infants, par KERLEY** (*New York med. j., p.* 294, 15 *mars* 1890).

VI. — **Hémoptysie dans l'influenza, par MESNARD** (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 11 *mai* 1890).

VII. — **Mittheilungen über die Beziehung der Influenza zu den Athmungsorgane (Action de l'influenza sur les organes respiratoires), par VOGT** (*München. med. Woch., nos* 23-25, 10 *juin* 1890).

VIII. — **Beobachtungen über Influenza, par KREHL** (*Deutsche med. Woch. n°* 6, *p.* 105 ; 1890).

IX. — **The relation of pneumonia to influenza in Boston, par SHATTUCK** (*New York med. journ., p.* 650, 14 *juin* 1890).

X. — **Influenza Pneumonie, par FINKLER** (*Deutsche medic. Woch., n°* 5, *p.* 84 ; 1890).

XI. — **Anatomische und bacteriologische Beobachtungen über Influenza, par RIBBERT** (*Deutsche med. Woch., n°* 4, *p.* 61, 1890).

XII. — **Un cas de polynévrite aiguë infectieuse produite par la grippe, par Liborio LOJANOCO** (*Sicilia medica, n°* 4, *p.* 149, 1890).

XIII. — **Severe affection of the vagus nerve, the result of the poison of influenza (Névrite du pneumogastrique due a l'influenza), par W. STRANGE** (*Brit. med. journ., p.* 629, *septembre* 1890).

XIV. — **Su alcuni effetti neuro e psicopatici dell' Influenza, par E. MORSELLI** (*La Riforma medica,* 19 *avril* 1890).

XV. — **Ueber morbus Basedowii nach Influenza, par COLLEY** (*Soc. méd. de Greifswald,* 7 *juin* 1990).

XVI. — **Studien ueber Influenza bei Schwängeren... (L'influenza chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées), par Joseph Alb. AMAN** (*München. med. Woch., n°* 10, *p.* 186, 11 *mars* 1890).

XVII. — **Note sur la grippe épidémique, principalement sur les éruptions symptomatiques ou rash de la grippe, par BARTHÉLEMY** (*Arch. gén. de méd., septembre* 1890).

I. — Alison met en relief quelques symptômes nouveaux qu'il a observés chez des malades qu'il a soignés pendant l'épidémie de grippe. Parmi ces symptômes figurent : 1° l'élévation de la température périphérique entre un et deux degrés et demi, et cela alors que la température rectale et axillaire est restée normale ; 2° une augmentation possible de la matité verticale du foie ; 3° des modifications très importantes des urines, caractérisées par leur rareté, leur état sédimentaire, leur augmentation de densité, d'acide urique, de pigments biliaires modifiés et d'urobiline,

enfin l'existence de peptone et quelquefois même d'albumine dans les cas graves.

Comme complications anormales, il a observé les cas de broncho-pneumonie avec entérite chez les enfants, de congestion pulmonaire passive, de pneumonie congestive ou pleurétique et enfin de pneumonie multiforme. Alison a vu, de plus, la coïncidence d'un certain nombre de cas de lithiase biliaire ou rénale, de congestion et d'inflammation des méninges et enfin de tétanos. RICHARDIÈRE.

II. — Gaucher rapporte un certain nombre de cas de grippes compliquées d'accidents broncho-pulmonaires. Dans deux cas où le poumon avait l'aspect macroscopique d'une pneumonie lobaire arrivée à l'hépatisation grise, mais où l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire, il pratiqua des cultures du suc pulmonaire de la pulpe splénique et du sang du cœur. Dans le premier cas seulement, les cultures du suc pulmonaire montrèrent l'existence d'un petit bacille fin qui, inoculé, tuait les souris, mais respectait lapins et cobayes. Gaucher conclut qu'il existe des broncho-pneumonies grippales, qui ne sont causées ni par le pneumocoque ni par le streptocoque. H. L.

III. — Ferrand rapporte un cas de phlébite survenue au cours d'une pleuro-pneumonie grippale. La phlegmatia débuta par le membre inférieur gauche, s'étendit au membre droit, et sans doute la veine cave fut atteinte assez haut, puisqu'il y eut un peu d'ascite. Dans un autre cas de grippe modérée, la phlébite resta limitée au mollet. H. L.

IV. — Sur 80 cas de grippe qu'Antony a eu à soigner dans son service, 15 étaient des cas intérieurs; dans 11 de ces cas, la maladie apparut de un à quatre jours après l'installation d'un grippé dans un lit voisin. H. L.

V. — Kerley publie deux cas d'influenza mortels chez de jeunes enfants.

Le premier était âgé de six mois; il présenta de la diarrhée, des vomissements, un peu de toux et de la fièvre (99 à 105° F), et succomba le quatrième jour.

L'autre avait quinze mois. Mêmes symptômes. Température variant de 101 à 104° F. Pouls 150, le premier jour, puis incomptable plus tard. Mort le troisième jour.

A l'autopsie, pas d'autre lésion qu'une congestion légère des poumons. L. GALLIARD.

VI. — L'hémoptysie s'est rencontrée dans la dernière épidémie, mais à titre de symptôme rare. Le fait de Mesnard en est un exemple.

Jeune femme de 22 ans allaitant un enfant depuis six mois et offrant depuis la veille les premiers symptômes de la bronchite épidémique. Le lendemain apparaissent quelques crachats de sang, et pendant trois jours hémoptysies nombreuses et abondantes. La bronchite évolue sans particularité, laissant après elle une dépression considérable des forces. Trois jours avant le début de la maladie, les règles s'étaient montrées pour la première fois depuis l'accouchement en quantité et en durée normales. OZENNE.

VII. — Dans ce travail fort complet, Vogt étudie les inflammations diverses des organes respiratoires pendant l'épidémie d'influenza à l'hôpital militaire de Munich. Il a constaté que la pneumonie, notamment, était plus grave en temps d'épidémie, même chez des sujets indemnes d'influenza. De même, d'après des statistiques, il conclut que la grippe

a rendu manifestes un certain nombre de tuberculoses pulmonaires, antérieurement latentes. P. TISSIER.

VIII. — Krehl a fait un relevé de 170 cas observés à Leipzig.

La bronchite a existé dans 82 0/0 des cas. L'embarras gastrique n'a jamais manqué; en général, constipation; dans 13 0/0 des cas, diarrhée. La rate n'a été gonflée que dans 10 0/0 des cas; dans 3 0/0 néphrite avec sang et cylindres; cette néphrite a toujours guéri.

On n'a noté que deux fois la roséole et deux fois des éruptions morbilliformes. L'herpès des lèvres s'est manifesté dans 12 0/0 des cas, tantôt au début, tantôt à la période d'état.

Durée de la fièvre : 2 à 4 jours, dans les cas légers; 5 à 7 dans les cas graves.

Pneumonie dans 11 0/0 des cas. Cette complication a causé la mort de deux malades. Tous les autres ont guéri. L. GALLIARD.

IX. — L'épidémie d'influenza a duré à Boston du 10 décembre 1889 au 1er février 1890. La statistique d'un des principaux hôpitaux a montré, pendant cette période, une augmentation considérable des morts par pneumonie (437 au lieu de 200 en moyenne). Peu de décès en décembre, beaucoup dans la première quinzaine de janvier; le chiffre le plus élevé a été noté pendant la semaine qui finissait le 11 janvier (117 décès); le 1er février, on ne notait plus que 25 décès.

Si l'on envisage la totalité des cas de pneumonie, on constate que le taux de mortalité n'a pas été supérieur à celui des autres années, peut-être même inférieur (30 0/0 au lieu de 42 0/0 en 1884-85).

La pneumonie a été trois fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

On a observé dans les hôpitaux peu de broncho-pneumonies. Dans 60 0/0 des cas, la pneumonie a été limitée à un seul lobe. L. GALLIARD.

X. — Parmi les 45 cas de pneumonie grippale observés à Bonn par l'auteur dans la dernière épidémie, il y a 2 pneumonies fibrineuses lobaires vulgaires; les 43 autres appartiennent à une variété spéciale, à la pneumonie à streptocoques que l'auteur décrivait à part dès 1888.

En voici d'abord les particularités cliniques : pas de grand frisson, pas toujours de douleur; inflammation souvent primitive du poumon sans trachéo-bronchite préalable; foyers pneumoniques d'abord isolés puis se confondant, comme dans la pneumonie migratrice; discordance fréquente entre les signes d'auscultation et les signes de percussion. Les crachats peuvent faire défaut. La température dépasse rarement 40°, même quand la température est peu élevée, on trouve le pouls petit, mou et fréquent. Dyspnée très intense, le plus souvent combinée avec la cyanose.

Sur les 45 cas, 7 décès; l'auteur a fait 3 autopsies. Il a trouvé non de l'hépalisation, mais de la splénisation de l'infiltration cellulaire avec participation du tissu conjonctif. Ce fait, ainsi que la marche spéciale du processus, permet de comparer la pneumonie grippale à l'érysipèle; la ressemblance est plus frappante encore quand on tient compte des résultats bactériologiques; les deux maladies sont dues au streptocoque. Cependant les deux maladies coïncident rarement chez le même individu.

Dans les trois autopsies, l'auteur a trouvé le streptocoque qu'il considère comme le microbe pathogène de l'influenza. Dans un poumon, il a vu

en outre un staphylococcus et un diplococcus qui n'était pas celui de Frænkel; deux fois un grand bacille.

Les crachats ont toujours fourni le streptococcus; à côté de lui, on y a vu souvent le streptococcus aureus ou albus; parfois des bacilles, deux fois un diplococcus.

Le streptococcus existait dans le pus de deux otites moyennes grippales et dans le sang retiré de la rate par ponction chez un moribond.

Pendant l'été de 1889, l'auteur avait déjà trouvé les streptocoques dans les crachats de deux hussards, victimes d'une épidémie locale qui paraissait provenir des chevaux; il pense que ces soldats, observés par Scheller, ont fourni les premiers cas d'influenza.

Du reste, la pneumonie à streptocoques peut exister en dehors de l'influenza. L. GALLIARD.

XI. — Ribbert a pratiqué à Bonn l'autopsie de 8 sujets dont 2 ont succombé à l'influenza sans complication et 6 à des pneumonies grippales.

Trois pneumonies étaient lobaires. Dans tous les cas, rougeur de la trachée et des bronches avec infiltration cellulaire de la muqueuse et accumulation de globules dans les vaisseaux.

Le seul micro-organisme caractéristique a été le streptococcus pyogène ou erysipelatosus; l'auteur l'a trouvé 5 fois non seulement dans les poumons, mais dans la rate et les reins. Il existait aussi dans le mucus de la trachée. L'auteur l'a constaté dans ses propres crachats quand il a payé son tribut personnel à l'épidémie.

Quant au staphylococcus, il a été constaté dans la trachée et le poumon seulement, et encore d'une façon intermittente.

C'est donc le streptococcus qui joue le principal rôle dans la pathogénie de l'influenza. L. GALLIARD.

XII. — Le malade de Lojanoco, présentant des antécédents nerveux héréditaires et atteint lui-même d'idées de suicide, fut pris pendant la convalescence d'une attaque de grippe, de parésie des membres avec une certaine atrophie, légère exagération des réflexes rotuliens, réaction de dégénérescence des muscles, mais avec sensibilité intacte. Il s'agissait d'un cas de polynévrite consécutive à la grippe, polynévrite qui se guérit rapidement.

G. LYON.

XIII. — Un homme âgé, d'une excellente santé, est pris d'une sensation brusque de défaillance et d'oppression précordiale, sans douleur ni toux: puis d'algidité, avec pouls inégal, fréquent et misérable. Le lendemain et les nuits suivantes éclatent de formidables accès de toux spasmodiques, puis un catarrhe gastrique des plus intenses.

Cette série d'accidents se juge par une attaque d'influenza. H. R.

XIV. — A la suite de l'influenza, on observe un assez grand nombre de troubles nerveux et psychopathiques. Fréquemment il y a un état d'affaissement qu'on a décrit sous le nom de neurasthénie, en raison de son apparence symptomatique, quoiqu'il n'ait pas la longue durée de la véritable neurasthénie. Souvent on voit persister des douleurs névralgiques, occupant surtout le trijumeau, assez souvent le nerf sous-occipital, quelquefois les nerfs intercostaux ou les nerfs testiculaires et qui sont le résultat de névrites et non pas de simples troubles circulatoires, car elles peuvent s'accompagner de troubles trophiques cutanés.

L'influenza a aggravé dans quelques cas des états maniaques et mélancoliques préexistants. Elle peut aussi, chez les prédisposés, produire des troubles psychiques : Morselli a vu dans un cas des idées fixes de doute, dans un autre des hallucinations auditives avec idées de persécution. Il a vu se produire, sous l'influence de la maladie, des accès épileptiformes chez des sujets atteints de paralysie générale progressive et de syphilis cérébrale. GEORGES THIBIERGE.

XV. — Une femme, dont le père est nerveux et dont la mère souffre souvent de palpitations, ayant été atteinte de grippe vers le 1er janvier 1890, s'est aperçue à ce moment de l'apparition de l'exophtalmie. A la fin de février est survenue l'hypertrophie du corps thyroïde. Actuellement on compte de 150 à 180 pulsations ; l'hypertrophie cardiaque est notable.

Le signe de de Græfe manque. Il y avait des sueurs profuses au début de la maladie.

On remarquera que la malade était déjà disposée au nervosisme, qu'elle avait précédemment des palpitations, que s'étant mariée en janvier 1889, elle a eu un enfant au mois de novembre de la même année, c'est-à-dire peu de temps avant l'épidémie d'influenza. L. GALLIARD.

XVI. — 1° *Influence sur les femmes enceintes.* — Les femmes enceintes ont généralement une maladie légère : la grossesse est interrompue si l'affection est plus intense.

Mort du fœtus, avec expulsion tardive dans 6 cas.

Apparition des douleurs et accouchement d'un enfant vivant dans 8 cas.

2° *Influence sur la marche de l'accouchement* — Les douleurs sont plus intenses ; prolongation du travail.

3° *Influence sur les nouvelles accouchées.* — Si les malades ont déjà eu l'influenza, récidives fréquentes. L'involution utérine s'arrête pendant la période fébrile ; les lochies deviennent légèrement fétides. Hémorragies utérines dans 2 cas, du 7e au 9e jour.

L'influenza a donc peu d'influence sur les puerpérales.

4° *Influence sur les enfants.* — Deux fois seulement les enfants furent pris d'influenza en même temps que leur mère. P. TISSIER.

XVII. — En plus de deux cas de purpura, de deux cas de zona qui ont accompagné la grippe, Barthélemy a observé un certain nombre de rash de la grippe. Sur un chiffre de 219 cas de grippe, il a observé 8 fois un rash morbilliforme, 4 fois une variété scarlatiniforme, 1 fois une variété pityriasiforme, 1 fois une variété vésiculeuse. (Voy. *Revue gén.*, *R. S. M.*, XXXVI, 303.) RICHARDIÈRE.

Traité théorique et clinique de la fièvre jaune, par L. BÉRENGER-FÉRAUD (*In*-8°, 1000 *pages*, *Paris*, 1891).

Dans ce travail volumineux, Bérenger-Féraud expose nos connaissances sur la fièvre jaune en 1890 : nous ne pouvons signaler ici que quelques-unes des conclusions que présente l'auteur sur les questions encore si débattues et si incertaines de l'origine, de l'étiologie et de la prophylaxie du typhus amaril.

La fièvre jaune sévissait sur le littoral antillien et américain bien avant l'arrivée de Christophe Colomb, et c'est en 1494 ou 1495 que les Européens ont subi ses premiers coups : c'est le grand cirque antillien,

y compris la côte méridionale de l'Amérique du Nord et la côte septentrionale de l'Amérique du Sud, qui peut être considéré comme le pays amarilogène.

Après avoir étudié la maladie sous le rapport nosographique, Bérenger-Féraud aborde l'étiologie de la fièvre jaune et y consacre 225 pages. La géographie, la topographie des pays où la fièvre sévit, les conditions météorologiques, les races, âges, etc. constituent un groupe de causes secondaires, influant sur l'action et la sévérité de la maladie ; mais la cause principale est la transmission, celle qui régit à peu près toute son épidémiologie : aussi le rôle des navires est-il bien spécifié, ainsi que les conditions dans lesquelles ces navires deviennent agents de transmission. L'auteur nous montre aussi comment la fièvre jaune apparaît dans un port, comment elle s'y étend, passe d'un pays dans un autre par voie de terre, etc.

Quant à la nature du typhus amaril, Bérenger-Féraud conclut que nous ne savons rien de précis.

Au sujet du traitement, l'auteur est pessimiste : la seule médication à employer est celle des symptômes au fur et à mesure de leur évolution ; mais la prophylaxie peut se pratiquer avec succès, et dans un chapitre important nous trouvons exposée la technique de cette prophylaxie : ce qu'il y a à faire pour empêcher un navire de se contaminer, et ce qu'il faut faire lorsque le navire est contaminé ; aussi les mesures à prendre dans les ports de mer vis-à-vis des navires contaminés ; en cas de menace d'épidémie ; quand une épidémie est déclarée; enfin, par quelles mesures les villes voisines d'un pays infecté peuvent se garantir. MAUBRAC.

Un cas de maladie pyocyanique chez l'homme, par ŒTTINGER (*Semaine méd.*, 22 *octobre* 1890).

Jeune homme de 18 ans, entré à l'hôpital avec les signes généraux d'une fièvre typhoïde. Il portait à la main une petite plaie suppurée qui fit penser à une infection générale, mais les jours suivants les signes de dothiénentérie se confirmaient. Au vingtième jour, au moment de la défervescence, la température remonte, on croit à une récidive. Le lendemain, éruption bulleuse au niveau du scrotum; les phlyctènes contiennent un liquide opalin qui prend assez rapidement une coloration violacée. Plusieurs forment, par leur réunion, des bulles énormes, limitées par un derme épaissi, infiltré de sang. La bulle crevée, le fond représente une plaque blanchâtre, diphtéroïde, à odeur gangréneuse, qui s'élimine progressivement; la chute de l'eschare laisse une ulcération anfractueuse douloureuse. L'état général était assez grave : diarrhée, albuminurie.

L'examen bactériologique du liquide des phlyctènes fit reconnaître le bacille pyocyanique, qu'on put cultiver et inoculer. A. CARTAZ.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Salpingites et ovarites, par O. TERRILLON (*In*-8°, *Paris*, 1890).

Ce livre est l'exposé complet des opinions suggérées à l'auteur par les 90 faits dont il donne le résumé à la fin de son travail.

Une distinction fondamentale sépare les salpingites secondaires à une lésion de l'utérus non gravide et les salpingites primitives tuberculeuses ou tenant à un état général : oreillons, variole, scarlatine.

Il faut de même séparer les salpingo-ovarites puerpérales qui sont consécutives à une plaie étendue de l'utérus, c'est-à-dire à un foyer d'infection primitif, point de départ d'une absorption par les vaisseaux sanguins et les lymphatiques béants à sa surface, et qui déterminera des phénomènes aigus d'intoxication générale. Cette infection grave n'atteint souvent l'ovaire et la trompe qu'accessoirement.

La salpingo-ovarite commune est due à une maladie de la muqueuse se propageant en surface et de proche en proche. D'où les causes les plus fréquentes sont l'avortement, l'absence de soins de propreté, l'action d'instruments malpropres, et en première ligne la blennorragie vaginale et utérine, dans quelques cas la blennorragie utérine seule sans vaginite.

L'ovaire et la trompe peuvent prendre les positions les plus variables du fait des adhérences qui les maintiennent fixés dans le petit bassin, et dues aux désordres péritonéaux, suite de la lésion des organes, trompe et ovaires. Ceux-ci peuvent se trouver confondus dans la masse même des fausses membranes, lesquelles dans nombre de cas peuvent contenir des collections purulentes plus ou moins volumineuses, communiquant ou non avec la cavité de la trompe ou avec les abcès de l'ovaire qui leur servent d'origine. La trompe est d'ordinaire contournée sur elle-même, distendue, bosselée : le plus souvent, l'orifice externe est oblitéré, le pavillon en partie détruit. Le contenu est variable, séreux dans la salpingite catarrhale, purulent dans la salpingite suppurée, sanguin dans l'hématosalpinx. La quantité de liquide est très variable, de quelques grammes à 400, 500 grammes. Jamais le gonocoque n'a été trouvé dans le pus des cas publiés de salpingite blennorragique.

La marche de l'affection est extrêmement variable ; parfois elle débute par des symptômes aigus de péritonite ; le plus souvent des douleurs et des troubles utérins précèdent longtemps les phénomènes accusés. De nombreuses poussées aiguës se montrent et disparaissent, jusqu'au jour où des symptômes dangereux forcent les malades à réclamer une intervention énergique.

L'exploration vaginale surtout sous le chloroforme, le toucher rectal, la palpation et le toucher vaginal combinés permettront, dans la plupart des cas, de faire le diagnostic. Les divers écoulements vaginaux sont

des signes importants ; il ne faut pourtant pas s'attendre à voir l'évacuation de la trompe se faire par l'utérus, même après dilatation.

Le pronostic peut être très grave, mort par péritonite suite de perforation, par septicémie après fistule prolongée de la vessie ou du rectum.

L'indication formelle de la salpingite est la laparatomie avec ablation de la trompe et de l'ovaire.

Le pronostic opératoire est peu grave, mais l'opération est parfois très pénible. Le pronostic thérapeutique est excellent. Sur 90 opérations, la mortalité a été de 5 opérées : 4 par péritonite suraiguë due à l'épanchement du pus dans le péritoine, et une perforation de l'intestin déchiré pendant l'opération. 64 malades ont été complètement et définitivement guéries. 16 ont eu des accidents divers et ne se sont rétablies complètement qu'après 8,12 et même 18 mois. Enfin, 5 seulement présentent encore quelques troubles. Mais l'étude des observations montre que l'opération les a améliorées, et, d'ailleurs, elle ne pouvait les guérir radicalement à cause de la complexité des lésions. F. VERCHÈRE.

Zehn Laparotomien wegen Erkrankungen der Tuben (Dix laparotomies pour affections des trompes), par KUMMELL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 553, 1890).

Dans ces 10 salpingotomies, il n'y a qu'un seul décès, causé par la longue durée de l'opération (nombreuses adhérences) et la perte de sang. L'opération est facilitée par le relèvement du bassin qui porte les viscères vers l'épigastre et permet un bon éclairage de la cavité, la tête étant du côté de la fenêtre.

Il s'agissait deux fois d'hématosalpinx, une fois d'hydrosalpinx; dans les autres cas, il y avait salpingite suppurée avec ou sans ovarite. Chez trois malades, les deux trompes ont été extirpées.

La blennorragie est la cause habituelle du pyosalpinx. L. GALLIARD.

Therapeutische Erfahrungen über Tubensäcke, par Leopold LANDAU (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 830, 8 *septembre* 1890).

Dans les épanchements tubaires, il faut distinguer l'hydrosalpinx, qui peut guérir soit spontanément, soit par le massage, soit par la ponction, et le pyosalpinx, qui nécessite l'une ou l'autre des opérations suivantes :

1° L'incision par le vagin, chaudement recommandée par Landau ;

2° L'incision par les téguments abdominaux quand la trompe se trouve près de la paroi et qui sera effectuée en un ou en deux temps selon l'état des adhérences de la tumeur ;

3° L'ablation des trompes par laparatomie, lorsque les phénomènes de périsalpingite sont prédominants.

Sur 52 laparatomies pour épanchements purulents ou séreux des trompes, Landau n'a eu qu'un décès. J. B.

Ueber die antiseptische Excochleatio Uteri bei Endometritis puerperalis, par E. BRAUN-FERNWALD (*Arch. f. Gyn.*, *XXXVII*, 3).

Le curetage de l'utérus a été pratiqué dans 101 cas d'endométrite puerpérale. Ces faits se divisent en deux groupes. Dans l'un, l'accouchement et la délivrance ont été absolument normaux, soit 71 cas. Dans

l'autre, il y a eu ou travail prolongé, ou intervention opératoire, ou complications de la délivrance, soit 30 cas. Chez la majorité des accouchées, les accidents fébriles ont apparu du 2e au 5e jour après l'accouchement, et l'opération a été faite de 1 à 8 jours après le début de la fièvre. 96 femmes ont guéri, 5 ont succombé.

Le curetage est indiqué dans les cas seulement où les accidents puerpéraux fébriles relèvent évidemment d'une affection de la muqueuse utérine. On reconnaîtra que la maladie réside dans l'utérus à l'apparition de la fièvre dès les premiers jours des suites de couches, à l'involution imparfaite de l'utérus, aux modifications des lochies, qui deviennent fétides et renferment des débris putréfiés.

Il y a contre-indication au curetage toutes les fois que l'infection se généralise et envahit tout l'organisme. CH. MAYGRIER.

The importance of drainage in the treatment of diseases of uterus, par WYLIE (*Amer. Journ. of obst., janvier* 1890).

Wylie expose les avantages du drainage de l'utérus, dont il est partisan, malgré l'avis opposé de plusieurs gynécologues. Il résume ses opinions à ce sujet dans les propositions suivantes : le drainage parfait de l'utérus est d'une importance capitale dans toutes les affections de la muqueuse. Il est cependant négligé et méconnu par la plupart des gynécologues.

Quand le curetage ou des cautérisations intra-utérines sont indiqués, le col dilaté d'abord avec un dilatateur métallique, sera maintenu largement ouvert avec un tube à drainage en caoutchouc durci.

La guérison des antéflexions et rétroflexions, qu'on recherche aujourd'hui avec l'aide des pessaires, peut ordinairement être obtenue en quelques semaines par la dilatation du col, le drainage et le curetage ou le simple nettoyage de la cavité utérine.

L'éponge préparée, les tentes laissées dans le col doivent être abandonnées, car en obstruant le col, elles provoquent des contractions utérines qui peuvent faire refluer le contenu de l'utérus par les trompes et provoquer des péritonites localisées. Les mêmes reproches s'adressent aux tampons d'un usage si fréquent dans les hémorragies; ils ne doivent en tous cas, rester en place que quelques heures, et les injections chaudes intra-utérines sont bien préférables. Le catarrhe chronique de l'utérus, traité d'ordinaire par le repos, les douches chaudes, les pansements du col, sera guéri rapidement : 1° en favorisant la circulation pelvienne par l'application de tampons d'alun ou d'acide borique; 2° en dilatant le col deux ou trois fois par mois avec un dilatateur métallique, en cautérisant la cavité utérine avec l'acide phénique, enfin en faisant le curage et le drainage. Ce traitement donnera les meilleurs résultats dans les cas chroniques rebelles où on a eu recours en vain à tous les caustiques ordinaires. CH. MAYGRIER.

Sterility and dysmenorrhea caused by flexions and their treatment, par R.-B. TALBOT (*Amer. Journ. of obst., janvier* 1890).

Une des causes les plus fréquentes de la stérilité chez la femme est due aux flexions utérines, déplacement qui s'accompagne ordinairement

de métrite et de dysménorrée. Talbot a observé quatre femmes stériles, atteintes d'antéflexion avec dysménorrée et catarrhe utérin et vaginal; il a pu les guérir par un traitement approprié, et une grossesse est survenue chez toutes ces femmes après leur guérison.

Voici la méthode qu'il suit en pareil cas. La dilatation du col en est le principal agent; mais il faut d'abord faire disparaître toute trace d'inflammation. Ce n'est qu'après avoir guéri le catarrhe qu'on aura recours à la dilatation à l'aide de dilatateurs de différents calibres : on procédera lentement d'abord, et ce n'est qu'à la fin qu'on opérera plus rapidement, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une large ouverture. Pour maintenir le redressement de l'utérus on appliquera un pessaire pendant quelques mois. La malade ne devra avoir aucun rapport sexuel avant qu'une époque menstruelle régulière ait suivi le traitement. Quand celui-ci est terminé, on ne fait plus d'examen avec la sonde, et on prévient la femme que quelques mois sont encore nécessaires pour que la muqueuse utérine soit guérie des lésions produites par la dilatation et pour qu'une grossesse soit possible. CH. MAYGRIER.

The cure of cystocele by inguinal suspension of the bladder, par BYFORD (*Amer. Journ. of obst., février* 1890).

Byford a imaginé, pour guérir la cystocèle vaginale rebelle, une opération qui lui a donné de bons résultats. Elle consiste à inciser le canal inguinal jusqu'au tissu prévésical, à attirer en haut la paroi antérieure du vagin et à la suturer à la paroi postérieure du canal inguinal. On peut opérer d'un seul côté ou des deux; dans ce dernier cas, il faut prendre garde de ne pas comprimer l'urètre. Cette opération (colpo-cystorraphie) n'exclut pas d'autres opérations plastiques sur le vagin ou le périnée; elle en est, pour ainsi dire, le complément. Elle fait disparaître la cystocèle, car la vessie se trouve ainsi relevée et comme suspendue au-dessus des trajets inguinaux. CH. MAYGRIER.

I. — The best operation for cystocele and rectocele, par P. MUNDÉ (*Amer. Journ. of obst., mars* 1890).

II. — Prolapse of the female urethra, and true cystocele or vesico-vaginal hernia, par P. MUNDÉ (*Ibidem, juin* 1890).

I. — Contre la cystocèle vaginale, Mundé pratique l'opération imaginée par Stoltz. Il fait un avivement circulaire de la paroi vaginale antérieure dans toute sa portion herniée. Un fil de grosse soie est armé d'une aiguille droite ou légèrement courbée à chacune de ses extrémités; puis, avec l'une des aiguilles, introduite à la partie postérieure de l'avivement sur la ligne médiane, il suture, par une série de points placés l'un devant l'autre et comprenant toute l'épaisseur des tissus, toute une moitié latérale du bord de l'avivement; l'aiguille vient sortir en avant au-dessous du méat urinaire. Il fait faire à l'autre aiguille le même trajet du côté opposé. Les deux extrémités du fil viennent ainsi se rejoindre en avant; en tirant sur elles on ferme toute la surface avivée, comme si on tirait sur les cordons d'une bourse, et on noue solidement. Cette opération d'une extrême simplicité donne d'excellents résultats. Il suffit pendant quelques jours de pratiquer le cathétérisme de la vessie pour éviter

une trop grande distension de cet organe. Le fil est retiré au bout de huit ou dix jours.

Contre la rectocèle, l'auteur a renoncé à l'opération d'Emmet et de G. Thomas, depuis qu'il a vu pratiquer à Wiedow en 1886 celle de Hégar. C'est à cette dernière qu'il donne la préférence en la modifiant légèrement. Un avivement triangulaire est pratiqué sur la paroi rectale procidente et sur le périnée : le sommet du triangle correspond au point le plus élevé de la rectocèle; ses deux autres angles répondent aux grandes lèvres, au point où commence le tissu cicatriciel, trace de la déchirure du périnée. Cet avivement terminé, une première suture ininterrompue au catgut réunit les deux bords de l'avivement dans toute la portion qui correspond à la rectocèle ; l'avivement périnéal est ensuite suturé à l'aide de points séparés au crin de Florence.

II. — Mundé a observé deux cas de prolapsus de l'urètre, chez une femme de 75 ans et chez une enfant de 9 ans. Dans les deux, il y avait des douleurs et des troubles de la miction. Il intervint de la façon suivante : après avoir attiré au dehors la partie prolabée avec un ténaculum, il en fit l'excision jusqu'au bord du méat; puis il sutura la muqueuse de l'urètre à la muqueuse vestibulaire à l'aide d'un fin catgut. Il y eut réunion par première intention, et guérison complète en huit à dix jours.

Mundé rapporte encore une observation très rare de cystocèle vraie, ou hernie vésico-vaginale. Il s'agit d'une femme chez laquelle la paroi postérieure de la vessie s'étant fait jour à travers les fibres musculaires du vagin, venait faire hernie dans ce canal immédiatement au-dessous de la muqueuse. La tumeur était tendue, translucide, très semblable à un kyste; ce n'est que par le cathétérisme vésical que sa nature fut nettement reconnue.

L'auteur n'a trouvé aucun fait analogue dans la littérature. Il n'a pas eu à intervenir dans son cas, la femme ne s'étant pas représentée à son examen.

CH. MAYGRIER.

De la résection temporaire du sacrum pour aborder les organes pelviens. Nouveau procédé à double volet osseux, par JEANNEL (*Gaz. hebd. de méd., Paris*, 29 *nov.* 1890).

A 6 centimètres et demi en projection au-dessus de la pointe du coccyx, d'une épine iliaque postérieure et inférieure à l'autre, on fait une incision transversale poussée à fond jusqu'à l'os. On dégage avec la rugine les bords du sacrum tout au fond de la grande échancrure sciatique juste assez pour pouvoir glisser sous le sacrum, contre la face antérieure, une sonde cannelée protectrice, qui cheminera sans effort et sans encombre.

A l'aide d'une scie, d'une cisaille ou d'une gouge et du maillet, on fait l'ostéotomie transversale du sacrum entre le deuxième et le troisième trou sacré. Ensuite une incision de 6 centimètres parallèle à la première, poussée au milieu jusqu'à l'os, mais n'intéressant latéralement que la peau et les tissus sous-cutanés, est tracée au niveau de l'articulation sacro-coccygienne ; puis les deux incisions sont réunies par une médiane, conduite le long de la crête sacrée et poussée jusqu'à l'os. On obtient ainsi une incision en I dont la branche inférieure est plus courte que la branche supérieure.

Enfin, on sectionne le sacrum sur la ligne médiane jusqu'à l'articulation sacro-coccygienne que l'on tranche d'un coup de ciseau. Une fois

les sections osseuses terminées, on a deux volets ostéoplastiques faits chacun d'une moitié du sacrum; on les saisit chacun avec une pince érigne et on les ouvre en les rabattant en dehors et en décollant avec le doigt la face antérieure du sacrum de ses lâches adhérences celluleuses au rectum. En même temps, on abaisse le coccyx avec un écarteur, et ainsi se trouve préparé un vaste champ opératoire qui permet d'enlever facilement le rectum ou les annexes de l'utérus. Une suture complète ou non, et la réunion des téguments, si l'on le juge à propos, terminent l'opération.

OZENNE.

Apoplexy of ovary; cystic dilatatation without rupture (Hémorragie de l'ovaire; dilatation kystique sans rupture), par A. DORAN (*Transact. of the obstet. Soc. London, vol. XXXII, part* 2).

Femme âgée de 34 ans, ayant eu huit enfants. L'abdomen commença à se distendre d'une façon normale au cours de la septième grossesse. Il resta volumineux depuis ce moment. En avril 1889, douleur violente et soudaine dans le côté droit de l'abdomen. Quatre semaines plus tard, on constatait l'existence d'une tumeur globuleuse, élastique et mobile, s'étendant dans le cul-de-sac de Douglas. En septembre, la tumeur a diminué de volume et plonge dans l'excavation. Le 23 octobre, laparotomie par Knowsley Thornton.

La tumeur est enlevée, et on reconnaît qu'elle est constituée par l'ovaire droit converti en une tumeur ovale de 7 centimètres de diamètre, à surface irrégulière, d'une couleur brun sale L'utérus, l'ovaire gauche, les viscères abdominaux et le péritoine étaient sains.

L'ovaire malade formait en réalité un kyste rempli par un caillot jaunâtre. Un corps jaune bien développé s'ouvrait dans la cavité contenant le caillot. La paroi du kyste, d'une épaisseur de plus d'un centimètre, avait la structure du tissu ovarien normal et contenait quelques follicules. La malade guérit.

L'attaque survenue en avril a dû être causée par la rupture d'un follicule mûr dans le stroma de l'ovaire : ce dernier a augmenté graduellement jusqu'à cessation de l'hémorragie; il a diminué ensuite par le fait de la formation de la rétraction du caillot.

Les formes de l'apoplexie de l'ovaire sont variables : hémorragie limitée au follicule qui se dilate; hémorragie se produisant directement dans le stroma de l'ovaire; hémorragie dans le stroma par rupture d'un follicule; c'est à cette dernière variété que se rapporte le fait de Doran.

CH. MAYGRIER.

Autopsie d'une femme opérée en 1885 pour un kyste de l'ovaire, par Jacques-L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande, X,* 607, *septembre* 1890).

Lors de l'ovariotomie, Reverdin se trouva en présence d'un kyste multiloculaire en partie inclus dans le ligament large. Il fallut pédiculiser artificiellement la tumeur au voisinage de la corne utérine. Après l'ablation, il resta néanmoins une masse encore volumineuse de la tumeur derrière les ligatures. Le pédicule était considérable, Reverdin le fixa, au fond de la plaie, au péritoine pariétal et placa un gros drain derrière. Les suites de l'opération furent simples, mais les fils mirent de longs mois à s'éliminer. En 1888, formation d'une hernie à la partie inférieure de la cicatrice. Le 30 novembre 1889, admission à l'hôpital pour des accidents d'obstruction intestinale. Anus artificiel. Mort. A l'autopsie, péritonite; comme cause d'obstruction, une énorme hémorragie sous-péritonéale d'une branche de la mésentérique supérieure. L'*S* iliaque était adhérente à la paroi gauche. L'utérus était normal quant au volume et à

la situation; il était fixé à gauche par de petites brides cicatricielles. L'ovaire et la trompe gauche n'existaient pas, et c'était au niveau de la corne utérine que se trouvaient les adhérences signalées. Il ne restait pas le moindre vestige de la tumeur ovarienne, non plus que des adhérences qui ont dû nécessairement se former après l'opération, entre la paroi antérieure de l'abdomen et le pédicule.

Cela montre que l'ablation incomplète d'un kyste ovarique peut être suivie de la résorption des parties restées, même lorsqu'il s'agit, comme ici, d'un kyste multiloculaire à végétations papillomateuses.

D'autre part, l'absence d'adhérences entre le pédicule (corne utérine) et la paroi antérieure de l'abdomen, doit donner peu de confiance dans le procédé qui consiste à fixer l'utérus rétroversé ou prolabé par le moyen du pédicule des annexes après castration. J. B.

Das Geschlechtsleben des Weibes nach der Castration (Vie sexuelle de la femme après la castration), par KEPLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 830, 8 *septembre* 1890).

Sur ses 46 opérations de castration double chez la femme, Kepler a eu 7 morts, toutes par septicémie. Sur 15 des survivantes, il possède des renseignements relativement aux fonctions sexuelles. 5 de ces femmes avaient été castrées pour tumeurs fibreuses de l'utérus, les 10 autres pour salpingite ou ovarite.

Chez aucune de ces 10 femmes, il n'y a eu de menstruation depuis l'opération. Chez la majorité d'entre elles, le diamètre antéro-postérieur du bassin s'est raccourci. Leur utérus s'est rapetissé, le vagin rétréci, les seins se sont atrophiés et l'aréole mammaire a perdu son pigment. Aucune de ces opérées n'est devenue obèse. Toutes ont conservé l'instinct sexuel.

Chez les 5 opérées de l'autre catégorie, la ménopause n'est survenue que graduellement; plusieurs de ces femmes ont eu des troubles mentaux qui ont persisté des années. Leurs tumeurs ont toujours rétrocédé d'une façon considérable. Enfin, ces 5 femmes ont perdu tout instinct sexuel, bien que chez certaines il fût très développé auparavant. J. B.

Zur Behandlung der Fibrome der Gebärmutter mit dem constanten galvanischen Strôm (Traitement des fibromes utérins par le courant galvanique constant), par CHOLMOGOROFF (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, *XVII*, 2).

Chez dix femmes atteintes de fibromes utérins, Cholmogoroff a pratiqué 180 séances d'électrothérapie. Il n'a jamais vu survenir aucun accident, et il établit d'après son expérience les conclusions suivantes: Avec une asepsie rigoureuse, l'électrisation intra-utérine est une méthode inoffensive. L'électricité positive a, dans le traitement des fibromes, une action hémostatique. L'action inverse du courant négatif pour produire des hémorragies ne doit pas être méconnue.

La diminution des tumeurs, même après une longue durée du traitement, reste insignifiante, et peut même ne pas se produire du tout. L'influence favorable de l'électrothérapie sur l'état général des malades n'est pas douteuse. CH. MAYGRIER.

I. — Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins. Parallèle des principaux modes de traitement, par MARQUE (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins, par Félicia JAKUBOWSKA (*Thèse de Paris*, 1890).

III. — Neun Fälle von Uterusmyomen nach der Apostoli's Methode behandelt (Neuf cas de myomes utérins traités par la méthode d'Apostoli), par F. ENGELMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 585, 1890).

IV. — Zur Elektrotherapie in der Frauenheilkunde (Maladies des femmes), par PROCHOWNICK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 40, *p.* 883, 1890).

I. — Le traitement applicable aux fibro-myomes de l'utérus est d'ordre médical ou d'ordre chirurgical ; les facteurs du premier sont : les agents thérapeutiques, les eaux thermales, le massage et l'électricité.

Parmi les agents thérapeutiques, l'auteur insiste surtout sur la médication à l'ergot de seigle et sur l'emploi de la sabine et de la rue ; comme adjuvant les eaux de Salies-de-Béarn doivent être particulièrement recommandées.

Passant rapidement sur le massage, qu'il faut mettre de côté, Marque donne l'exposé des différents procédés d'électricité que l'on a expérimentés, et il préconise la méthode du tampon électrique, telle que l'applique Danion. C'est un traitement auquel on doit toujours recourir avant d'arriver à l'intervention chirurgicale, qui comprend le morcellement de la tumeur, la castration ovarienne et l'hystérectomie abdominale. Pour le choix de ces opérations, on ne devra pas être absolu, l'éclectisme étant souvent indiqué. OZENNE.

II. — L'auteur s'est proposé de voir ce qu'étaient devenues les malades traitées par Apostoli pendant les deux années 1882-84, s'élevant au nombre d'une centaine et dont les observations ont été publiées dans la thèse de Carlet (*R. S. M.*, XXV, p. 637). 13 seulement ont pu être retrouvées, et il est, étant donné ce petit nombre, difficile de conclure avec sûreté de celles-ci aux autres. Quoiqu'il en soit, de ces 13 malades, 9 ont conservé intégralement le bénéfice de leur intervention, mais il faut faire entrer l'âge des malades en ligne de compte, plusieurs étant âgées de 37 à 48 ans. En 1882-84, chez toutes ces malades, les hémorragies se sont supprimées et les douleurs ont disparu. Chez 6 d'entre elles le volume de la tumeur n'a pas été déterminé ; chez une seule elle a disparu, chez une elle a diminué ; enfin chez une elle a augmenté.

Les 4 autres malades ont eu, la première, une perte au bout de 5 ans ; sa tumeur avait diminué ; la deuxième, une persistance complète des symptômes pendant 4 ans, avec augmentation de volume de la tumeur ; la troisième, une amélioration pendant 4 ans, puis réapparition d'un écoulement rougeâtre. Enfin, la quatrième, après une guérison apparente de 3 ans, fut reprise des anciens symptômes suivis de l'énucléation spontanée d'un polype. F. VERCHÈRE.

III. — L'auteur ne s'est pas contenté en général de deux séances d'électrisation par semaine ; il les a multipliées davantage et s'en loue. Dans un cas il s'est félicité d'avoir institué les séances quotidiennes.

Plusieurs fois, la diminution de la tumeur n'a pas été douteuse, mais cette diminution était peu importante et intéressait surtout les parties

inférieures, celles qui se trouvent en contact direct avec l'électrode. Elle a paru inférieure à ce qu'on peut obtenir par les doses répétées d'ergotine combinées avec la balnéation.

Les hémorragies ont été presque constamment arrêtées par le traitement, et cela d'une façon durable, même quand elles étaient préalablement très intenses. Deux fois l'électrisation a eu pour résultat la suspension de plusieurs périodes menstruelles. L'action hémostatique est donc remarquable.

L'auteur note en outre le soulagement constant des douleurs, souvent même la disparition rapide, la cessation des phénomènes de compression, du ténesme vésical, de la constipation, enfin l'amélioration très marquée de l'état général L. GALLIARD.

IV. — L'auteur a traité par l'électricité 14 myomes de dimensions variables; d'après les résultats obtenus, il déclare que cette méthode amène la disparition des douleurs, la diminution des hémorragies, l'arrêt du développement des tumeurs, et quelquefois la diminution de volume des néoplasmes.

Sur 12 cas de périmétrite chronique (avec gonflement des trompes, ovarite ou salpingite suppurée, etc.), d'origine non blennorragique, l'auteur a obtenu huit guérisons durables au bout de 10 à 15 séances.

Dans 10 cas de périmétrite chronique d'origine blennorragique, il n'a eu que cinq succès. L. GALLIARD.

I. — Exstirpatio Uteri vaginalis, par WILLIAMS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 33 *p.* 762, 18 *août* 1890).

II. — *Idem*, **par SCHAUTA** (*Ibid.*)

III. — *Idem*, **par POZZI** (*Ibid.*)

IV. — *Idem*, **par OLSHAUSEN** (*Ibid.*)

V. — Discussion du Congrès international de Berlin (*Ibid.*)

VI. — Zur Radicaloperation des Carcinoma Uteri, par FLAISCHLEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 30, *p.* 652; 1890).

VII. — Laparo-vaginal hysterectomy, with the report of a case, par C. CLEVELAND (*Amer. Journ. of obst.*, *mai* 1890).

VIII. — A case of laparotomy for intestinal obstruction following vaginal hysterectomy, par H. C. COE (*Ibidem*, *mai* 1890).

IX. — A case of cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy..., vaginal hysterectomy, recovery, par M. A. SMITH (*Ibidem*, *septembre* 1890).

I. — Williams n'expose, parmi les indications de l'hystérectomie totale, que celles résultant du cancer. Pour les cancers du corps de l'utérus, cette opération est la seule possible; mais elle est impraticable : 1° quand l'utérus est trop volumineux; 2° quand les adhérences (tenant à l'envahissement des organes voisins) sont trop considérables; 3° quand il existe des métastases voisines. Pour les cancers du canal cervical ou de la portion vaginale, c'est toujours l'ablation totale qu'il faut faire et non l'amputation supérieure de la portion vaginale. Il y a pour cela deux raisons : d'abord les récidives ont toujours leur point de départ dans la

cicatrice d'amputation; ensuite il y a fréquemment coexistence d'un cancer du corps utérin.

II. — D'après Schauta, quel que soit le siège du cancer utérin, l'ablation totale est toujours indiquée, pourvu qu'on puisse opérer sur des tissus sains; l'amputation supérieure est une mauvaise opération. Le raclage fournit des éléments diagnostiques importants.

Les autres indications de l'hystérectomie totale par le vagin sont : les myomes, les prolapsus, les endométrites glandulaires stérilisantes.

III. — Pozzi partage l'opinion de Williams et de Schauta d'autant que l'ablation totale n'est pas plus malaisée. Il rejette l'emploi des ligatures en masse et des pinces de Richelot, à moins de cas exceptionnel.

IV. — Olshausen a eu 14 décès sur les 163 femmes auxquelles il a pratiqué l'hystérectomie totale. Les récidives se produisent surtout dans les ligaments larges. Il incise le cul-de-sac de Douglas, avant d'appliquer la première ligature en masse, et lie en premier lieu les annexes du côté le moins malade; il referme le péritoine.

V. — Dans la discussion, L. Landau se déclare partisan de l'emploi des pinces de Richelot.

Sajajtzky, après avoir pratiqué 65 hystérectomies totales, considère cette opération comme à peu près sans danger.

Martin en étend les indications aux métrorragies incoercibles.

Kaltenbach estime qu'on peut opérer 30 0/0 des cancers utérins.

Il a eu 2 morts sur 80 ablations totales; mais le chiffre des récidives est très considérable.

Czerny préconise l'opération par le sacrum. J. B.

VI. — Flaischlen rapporte 20 extirpations totales de l'utérus et 2 amputations sus-vaginales, dont les unes lui sont personnelles, tandis que es autres appartiennent à Ruge.

3 opérées ont été enlevées par la septicémie, 7 ont eu des récidives mortelles dans le cours de la première année; une a été opérée pour une récidive au bout de 3 ans; enfin, 11 sont actuellement bien portantes, sans récidive.

Pour ce qui concerne ces dernières, la plus ancienne remonte à 5 ans et 3 mois, la plus récente à 4 mois. L. GALLIARD.

VII. — Femme de 57 ans, mère de huit enfants; le dernier né a 17 ans. Ménopause depuis l'âge de 50 ans ; depuis, santé parfaite jusqu'à il y a 5 mois. A dater de ce moment, douleurs dans le bas-ventre et pesanteur ; puis hémorragies répétées, abondantes, avec caillots : il s'agit manifestement d'une tumeur maligne.

Le corps est mobile, mais volumineux, surtout à sa base. Il n'y a pas d'infiltration dans les parties voisines. Les hémorragies persistant, l'hystérectomie vaginale est décidée. Manuel opératoire ordinaire : section des culs-de-sac, décollement de l'utérus, application de pinces sur les ligaments larges ; mais on reconnaît l'impossibilité d'extraire l'utérus, trop gros, par le vagin. La laparotomie est pratiquée immédiatement et l'utérus enlevé par la voie abdominale. Antisepsie rigoureuse. — Suites excellentes. Guérison rapide. L'utérus enlevé mesurait 7 cent. 1/2 de largeur à sa base, 4 cent. 1/2 d'avant en arrière et 9 cent. de hauteur.

En présence de ce cas, l'auteur pose les conclusions suivantes à l'égard de l'hystérectomie. Faire l'hystérectomie vaginale quand elle ne présente aucunes difficultés. Mais si le vagin est étroit et qu'il soit dif-

ficile d'abaisser l'utérus, faire d'abord sur la ligne médiane de l'abdomen une ouverture juste assez grande pour admettre le doigt ; procéder ensuite à l'hystérectomie vaginale; puis, pour placer les pinces sur les ligaments larges, s'aider d'un doigt de la main gauche introduit dans le bassin par l'ouverture abdominale. Si l'utérus était trop volumineux pour être extrait par le vagin, agrandir l'incision abdominale et faire l'ablation par cette voie. CH. MAYGRIER.

VIII. — Il s'agit d'un cas d'obstruction intestinale survenue après une hystérectomie vaginale pratiquée pour un cancer de l'utérus. La malade fut prise, trois jours après l'hystérectomie, de vomissements d'abord simples, puis fécaloïdes, avec abaissement de température... La laparotomie fut faite aussitôt, et on libéra deux ou trois anses intestinales qui adhéraient aux bords de la plaie péritonéale ; des gaz s'échappèrent immédiatement par l'anus. Cette opération ne dura que vingt-cinq minutes ; la malade était dans d'excellentes conditions. Cependant elle ne put supporter le choc de cette légère intervention, et elle succomba au bout de 14 heures.

L'auteur a déjà observé un fait absolument analogue et dont l'issue a été également fatale. Il existe à sa connaissance dix laparotomies faites dans les mêmes conditions et avec le même insuccès.

Coe pense que pour se mettre à l'abri de l'obstruction intestinale, il faudrait renoncer à se servir des pinces pour l'hémostase des ligaments larges et faire simplement la ligature de ces ligaments ; puis, suivant la méthode de Fritsch, fermer complètement la cavité péritonéale par des sutures. De cette façon, aucune anse intestinale ne pourrait faire hernie ni même contracter des adhérences avec une plaie bourgeonnante.

CH. MAYGRIER.

IX. — L'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus a été rarement pratiquée pendant la grossesse. Smith a pu en relever 11 cas, tous terminés par la guérison. Il rapporte une nouvelle observation.

Une femme de 39 ans, ayant eu trois enfants, est prise en octobre 1889 d'hémorragies utérines sans douleurs, et voit sa santé générale s'affaiblir progressivement. L'écoulement sanguin devient ichoreux et sanieux. Un examen démontre qu'il s'agit d'un épithélioma du col, saignant très facilement. L'utérus est en antéversion, augmenté de volume ; les ligaments larges sont sains. Comme on ne constate aucun signe de grossesse autre que la grosseur de l'utérus, on pense à un envahissement du corps par la tumeur.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée le 6 février 1890, suivant la technique ordinaire.

L'examen des pièces démontre l'existence d'un épithélioma limité au col, et celle d'une grossesse de 3 mois et demi à 4 mois.

La cavité utérine contient en effet un fœtus de 8 cent. 1/2 de long. De plus, le placenta est inséré sur le segment inférieur et recouvre l'orifice interne.

La malade guérit rapidement et put sortir au bout de 23 jours.

CH. MAYGRIER.

Beiträge zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutterkrebses (Statistique, pronostic et traitement du cancer de l'utérus), par TANNER (*Arch. f. Gyn.*, *XXXVII*, 3).

103 extirpations totales ont été pratiquées à la Clinique de Breslau, de juin 1883 à novembre 1889, pour cancer de l'utérus. Dix opérées ont succombé, ce qui donne une mortalité moyenne de 9,7 0/0. Les statis-

tiques comparatives montrent que dans les dernières années la mortalité s'est abaissée de 11,6 à 6,9 0/0.

Pour l'auteur, la guérison du cancer utérin par l'extirpation totale est possible, mais elle n'est que passagère.

L'opération radicale donne un grand nombre de succès temporaires. Elle est contre-indiquée dans le cas d'infiltration du paramétrium et d'envahissement des ligaments larges.

On doit rejeter toutes les opérations incomplètes dans le traitement du cancer de l'utérus, sauf pendant la grossesse, et pratiquer toujours l'hystérectomie vaginale. CH. MAYGRIER.

De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale, par Ch. WIRBEL (*Thèse de Paris, n° 2, 1890*).

Le procédé est d'une grande facilité relative dans son manuel opératoire. Il est applicable selon toute probabilité, dans presque tous les cas, car si le pédicule est trop large, on peut réduire son volume, peut-être aussi le diviser en deux moitiés avec l'aiguille de Kaltenbach, et ligaturer ainsi isolément chacune des deux moitiés.

Le lien élastique assure d'une façon complète et définitive l'hémostase, ce qui donne à ce procédé une supériorité évidente sur celui de Schröder.

Dans les cas de pédicule creux on peut par la cautérisation de la muqueuse utérine prévenir l'infection péritonéale avec au moins autant de chances de succès que dans le procédé précédent. Cependant dans certains cas exceptionnels (inflammation, suppuration ou gangrène de la tumeur, son ramollissement au centre), il sera préférable, pour avoir une plus grande sécurité, de recourir à la méthode extra-péritonéale.

F. VERCHÈRE.

I. — Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalacie, par FEHLING (*Congrès de Berlin. Supplém. au Centralbl. für Gyn.*, 1890).

II. — Ueber die Kastrirung bei der Osteomalacie, par TRUZZI (*Ibidem*).

I. — Le point de départ du traitement de l'ostéomalacie puerpérale grave par la castration a été une opération de Porro faite par Fehling chez une femme ostéomalacique; la malade guérit. Depuis, il a fait la castration chez d'autres malades; une seule a succombé à des phénomènes d'étranglement interne.

Toutes ces femmes avaient de 28 à 51 ans; elles étaient multipares; leur affection remontait à plusieurs années, à 13 ans pour l'une d'entre elles.

L'étiologie est obscure et encore discutable. Cependant Fehling pense que la cause de l'ostéomalacie doit être recherchée dans une suractivité pathologique de la fonction de l'ovaire. Il y aurait de ce fait une excitation réflexe des nerfs vaso-dilatateurs des os, provenant de l'ovaire; consécutivement, hyperémie et résorption facile du tissu osseux.

Avec la castration, l'excitation réflexe disparaît; la nutrition des os se rétablit régulière et normale et les malades guérissent. (Voy. *R. S. M.*, XXXVI, 175.)

II. — 1° Femme de 26 ans. L'ostéomalacie est apparue pendant la première grossesse; l'accouchement a été un peu difficile. Seconde et troisième gros-

sesse, pendant lesquelles les douleurs augmentent et le squelette se déforme considérablement. Accouchement prématuré artificiel, suites normales. Mais la maladie ne rétrogradant pas, Truzzi enlève les deux ovaires 32 jours après le dernier accouchement. A partir de ce moment, amélioration rapide; redressement du squelette et du bassin en particulier; finalement, guérison.

2° Femme de 34 ans, atteinte d'osteomalacie non puerpérale à 31 ans. Tout le squelette fut envahi, à part les mains. En même temps, amaigrissement, sueurs abondantes, affaissement du corps. Truzzi fait la castration. Les ovaires enlevés sont sains. L'amélioration se fit rapidement. Dix jours après l'opération, la malade pouvait faire des mouvements dans son lit. Elle guérit complètement de ses douleurs et de ses déformations. CH. MAYGRIER.

De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie, par FRANC (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 *octobre* 1890).

Pour combattre les douleurs de l'enfantement, Franc utilise depuis longtemps avec succès la cocaïne de la manière suivante : Lorsque la dilatation du col ne fait que débuter, on commence par promener sur le col, le segment inférieur et les culs-de-sac vaginaux un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 5 0/0; ces badigeonnages doivent être répétés toutes les demi-heures ou toutes les heures. La dilatation complète, on continue ces badigeonnages sur les parois du canal vaginal, et lorsque la tête arrive sur le périnée, on peut se servir d'une solution à 10 ou 20 0/0. Si une intervention opératoire est nécessaire, il faut ajouter l'anesthésie par le chloroforme. OZENNE.

Toxémie cataméniale, par HENROT (*Bull. Acad. de méd.*, 2 *décembre* 1890).

Femme de 20 ans, accouchement à terme, suites normales, allaitement de l'enfant (fille). Deux mois plus tard, apparition sur la vulve et sur la partie supérieure et interne de la cuisse droite d'une éruption mal déterminée, ayant beaucoup d'analogie avec l'herpès et d'une durée de huit jours. Quatre semaines environ après, même éruption chez l'enfant sur les parties correspondantes à celles où s'était produite l'éruption chez la mère; sa durée ne dépasse pas huit jours. Dans les 15 mois suivants, à époque fixe, retour de l'éruption sous forme de quelques vésicules chez l'enfant, non seulement pendant l'allaitement, mais après le sevrage et avec une telle régularité qu'elle précédait de deux jours l'apparition des époques maternelles. OZENNE.

Schwangerschaft mit Morbus Basedowii... (Maladie de Basedow et grossesse; décollement prématuré du placenta normalement inséré), par HABERLIN (*Centr. f. Gyn.*, 28 *juin* 1890).

Femme de 36 ans, ayant eu six accouchements antérieurs. Dernières règles fin juillet 1889. La santé générale est altérée depuis le mois de mai. Diminution du poids du corps de 9 kilogr. 200 de mai à janvier. Tremblement des mains, faiblesse des jambes, palpitations fréquentes, vomissements. Après une amélioration légère, ces troubles augmentent avec la grossesse. Les globes oculaires deviennent saillants; le corps thyroïde se gonfle; le cou mesure 36 à 37 centimètres de tour. En février 1890, léger suintement sanguin par la vulve, puis le 2 mars hémorragie abondante qui nécessite un tamponnement avec de la gaze iodoformée. A ce moment, on établit le diagnostic suivant : Grossesse de huit mois, fœtus mort, aucune partie fœtale engagée; hémorragie par décollement prématuré du placenta inséré probablement normalement; maladie de Basedow. Le 8 mars, on renouvelle le tamponnement; le col est alors légèrement entr'ouvert. Le 9 mars, du

sang et des caillots s'écoulent malgré le tamponnement; le col est alors complètement dilaté. Chloroforme. Introduction de la main; on trouve le placenta décollé, et on fait l'extraction d'un fœtus mort depuis peu. Le placenta expulsé dix minutes plus tard contient des infarctus blanchâtres et des noyaux hémorragiques. Les suites de couches ont été assez bonnes; la plus haute température a été 38°. Diminution de tous les symptômes et amélioration considérable. Le 15 avril, la malade a encore quelques palpitations, le pouls est à 120°; le cou ne mesure plus que 33 centimètres; il y a toujours un peu d'exophtalmie.

Benicke a rapporté une observation analogue. Etant donné d'une part l'influence exercée par la maladie de Basedow sur la grossesse, et, d'autre part, l'aggravation des symptômes de la maladie elle-même pendant la gestation, l'auteur pense qu'on est autorisé dans les cas de ce genre, à provoquer l'avortement dès les premiers mois. CH. MAYGRIER.

Quelques remarques sur l'influence de la leucémie sur la grossesse et l'accouchement, par Chalmers CAMERON (*Amer. J. of the med. sc., p.* 479, *novembre* 1890).

La leucémie chez la mère peut ne pas entraver la grossesse et permettre la naissance d'un enfant sain; cependant elle tend à provoquer un travail avant terme et peut mettre la malade dans un état tellement grave qu'il peut être indiqué de provoquer un accouchement prématuré.

La leucémie pendant la grossesse fait de rapides progrès; pendant les deux ou trois premiers mois elle ne se manifeste que faiblement, mais dès que la tension intra-abdominale augmente, de graves symptômes se montrent et dès ce moment la malade est en grand danger. Elle n'a aucune action sur l'apparition de la grossesse et ne diminue pas sa fréquence. Tandis que les hémorragies diverses sont abondantes et fréquentes, les métrorragies ne se montrent, ni durant l'accouchement ni durant l'état puerpéral. Dans quelques cas rares la menstruation est douloureuse et plus abondante.

La leucémie a pu amener quelques troubles de la lactation, soit en diminuant la sécrétion lactée, soit en amenant une altération du lait. Il est difficile de savoir si cette affection est héréditaire ou détermine chez les descendants seulement une prédisposition. F. VERCHÈRE.

L'albuminuria del parto, analisi chimiche quantitative ed experimenti, par L. LANDI (*Il Morgagni, p.* 561, *septembre* 1890).

On observe 20 fois sur 27 accouchements une albuminurie qui se produit dans la période de dilatation ou dans la période d'expulsion, surtout dans cette dernière, qui ne surpasse pas le taux de 47 centigrammes d'albumine par litre d'urine et qui disparaît aussitôt après l'accouchement ou quelques heures après. La quantité d'albumine excrétée est plus considérable pendant la période d'expulsion que pendant la période de dilatation. Il est impossible actuellement de donner l'explication physiologique de cette albuminurie. Il ne semble pas exister pendant la grossesse de forme d'albuminurie semblable à celle qui se produit pendant l'accouchement. GEORGES THIBIERGE.

Five cases of puerperal eclampsia, especially illustrating the temperature and urine in this disease, par G. E. HERMAN (*Transact. of London obst. Soc., vol. XXXII, part.* 1).

1° Première grossesse ; symptômes prodromiques quelques heures seulement avant les attaques, qui débutent pendant la période de dilatation et ne cessent pas après la délivrance. La morphine les arrête. Il y a eu en tout sept accès ; la température s'est élevée au moment de l'attaque et est tombée après elle. La quantité d'urine a diminué pendant les accès : elle augmente lorsqu'ils ont cessé. L'urine est très albumineuse, et contient du sang et des cylindres pendant l'attaque ; après l'accouchement, diminution rapide de l'albumine et du sang. L'élimination d'urée, diminuée pendant les convulsions, augmente après la délivrance. Guérison.

2° Deuxième grossesse. Prodromes trois semaines avant les attaques. Mort du fœtus. Eclampsie au huitième mois : huit accès. Ils cessent avec la morphine et après la délivrance. Polyurie et albuminurie qui diminuent notablement après l'accouchement, toutefois l'albumine persiste pendant des mois dans l'urine. Diminution de l'urée, puis augmentation. Rétinite albuminurique.

3° Primipare ; prodromes 48 heures avant les convulsions. La grossesse n'est que de 5 mois ; il y a 16 attaques ; accouchement prématuré spontané. Albuminurie énorme, et diminution de l'urée ; disparition de l'albumine et augmentation de l'urée après la cessation des attaques. Guérison.

4° Dixième grossesse. A 7 mois 1/2, prodromes d'éclampsie. Les attaques commencent une semaine plus tard. Avant leur apparition la femme a été mise au régime lacté, quatre accès, et mort dans le coma, cinq heures après le dernier accès. Urine très albumineuse, diminution de l'urée, pas d'autopsie.

5° Première grossesse ; à 8 mois, prodromes d'éclampsie et mort du fœtus. 24 attaques, durant soixante heures en tout, et cessant avant l'accouchement. Albuminurie considérable ; urée normale. L'urine redevient normale après l'accouchement. Guérison.

L'auteur fait remarquer combien ces observations présentent de différences entre elles. L'éclampsie n'a pas une histoire clinique uniforme, pas plus qu'une anatomie pathologique définie. CH. MAYGRIER.

I. — Ueber die Indicationen der Künstlichen Frühgeburt mit Rücksicht auf die Mutter. par PARVIN.

II. — *Idem*, **par CALDERINI.**

III. — *Idem*, **par DOHRN.**

IV. — Discussion du Congrès international de Berlin (*Berlin. klin. Woch., n°* 36, *p.* 829, 8 *septembre* 1890).

I. — Les indications de l'accouchement provoqué, en ce qui concerne la mère, sont :

1° Les vomissements incoercibles. Sur 10 cas que Parvin a trouvés dans la littérature, 8 fois la mère a guéri et 5 enfants ont été obtenus vivants. C'est à des fautes opératoires que doivent être attribués les cas de mort ;

2° Les maladies des reins ;

3° les maladies du cœur. Ici les cas sont trop dissemblables pour être groupés dans une statistique ;

4° Les maladies des poumons (bronchite capillaire, pneumonie, œdème, asthme). Sur 10 femmes opérées 6 ont guéri.

5° Les maladies nerveuses (éclampsie, méningite). Des 9 mères, 6 ont guéri ; des 10 enfants, 1 seul a été extrait mort ;

7° Les anomalies du bassin qui constituent de beaucoup l'indication la plus commune, puisque sur 988 cas d'accouchement prématuré artificiel en en compte 870 pour rétrécissements pelviens.

II. — Calderini considère que pour les bassins non rachitiques, le diamètre de 8 1/2 centimètres constitue la limite inférieure permettant d'obtenir un enfant vivant en provoquant prématurément l'accouchement. Comme procédé, il recommande les irrigations d'eau chaude et la bougie, réservant les ponctions des membranes pour les cas pressants. Sur 305 cas, il n'a eu que 4,6 0/0 de morts.

III. — Dohrn estime que pour les rétrécissements moyens (7 à 8 centimètres), c'est à l'accouchement artificiel auquel on doit donner dans la règle la préférence, malgré l'amélioration obtenue récemment dans les résultats de l'opération césarienne et de la perforation.

IV. — Pour Dobronzavon, le meilleur procédé consiste à dilater le col par des substances susceptibles de gonfler. La version doit être généralement préférée au forceps.

Leopold n'a eu qu'un décès sur 75 accouchements artificiels prématurés, tandis qu'il a eu 4 morts sur 42 opérations césariennes.

Loehlein a pu obtenir l'enfant encore vivant, par l'accouchement provoqué, dans un rétrécissement de 7 1/2 centimètres.

Fehling sur 60 accouchements provoqués prématurement, n'a eu aucun décès et a extrait en vie 80 0/0 des enfants. J. B.

118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt (118 accouchements prématurés provoqués), par F. AHLFELD (*Cent. f. Gyn.*, 26 *juillet* 1890).

Tous ces faits ont été recueillis par Ahlfeld ou son assistant, de 1871 à 1890. Dans la majorité des cas, 111, la provocation de l'accouchement a reconnu pour cause une viciation du bassin ; dans les 7 autres, il s'agissait d'une maladie de la mère.

Voici les diverses variétés de bassins viciés observées : bassins généralement rétrécis, de forme plus ou moins normale, 26 ; généralement rétrécis, rachitiques, 33 ; rachitiques peu étroits, 24 ; simplement aplatis, 13 ; avec ankylose, 4 ; avec double luxation, 2 ; en entonnoir, 2 ; ostéomalaciques, 2 ; spondylolisthésiques, 2 ; un noté simplement comme vicié ; 2 normaux, mais un peu étroits.

Le degré des rétrécissements a été établi 72 fois. Dans 10 cas, le diamètre conjugué vrai mesurait moins de 7 centimètres ; dans 57, il était entre 7 centimètres et 8 cent. 5 ; dans 25, entre 8 cent. 5 et 9 cent., 75.

Sur 121 enfants (il y eut plusieurs jumeaux), 102 naquirent vivants, 19 morts. Sur les 102 vivants, 18 succombèrent dans les premières vingt-quatre heures, et 9 au bout de 10 à 12 jours ; 75 survécurent.

Dans les 10 cas où le bassin mesurait moins de 7 centimètres, aucun enfant ne fut extrait vivant. Dans les 57 cas de bassins de 7 centimètres à 8 cent., 5, 38 enfants vécurent. Dans les 25 cas de bassins de 8 cent., 5 à 9 cent., 75, il y eut 21 enfants vivants. La moyenne du poids de tous ces enfants fut de 2,743 grammes.

Du côté des mères, 5 succombèrent, une à la suite de la provocation

de l'accouchement, les autres d'éclampsie, de tuberculose, d'affection cardiaque.

La méthode la plus généralement adoptée fut l'introduction d'une bougie dans l'utérus, procédé de Krause. Les complications observées furent la rupture prématurée des membranes, des hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta, des accidents fébriles avant la naissance de l'enfant.

Voici les conclusions d'Ahlfeld : 1. L'accouchement provoqué conserve sa place parmi les moyens propres à sauvegarder la vie des enfants, malgré les notables progrès accomplis par l'opération césarienne. 2. Cette méthode est applicable en ville; mais les chances de succès sont bien plus favorables dans les maternités. 3. On ne doit provoquer l'accouchement que le plus tard possible. 4. La limite extrême de viciation du bassin qui autorise la provocation de l'accouchement est de 7 cent., 5. L'accouchement prématuré artificiel doit se rapprocher autant que possible d'un accouchement normal. CH. MAYGRIER.

Ueber Hernia Uteri gravidi, par SPERGLIN, (*Arch. f. Gyn. XXXVII*, 2).

Femme de 30 ans, de petite taille, dont le bassin ne mesurait que 6cc,5, et qui a subi antérieurement une opération césarienne sur laquelle on ne peut avoir de renseignements. Elle se présente à la clinique de Dresde, enceinte pour la troisième fois, et arrivée environ au sixième mois de sa grossesse. Elle dit avoir perdu de l'eau depuis deux jours et ressentir quelques douleurs. Elle porte sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic une tumeur du volume du poing, qui retombe sur les organes génitaux et qui est constituée par une hernie abdominale de l'utérus. Les téguments sont très minces à ce niveau et l'on perçoit très nettement au palper les contractions utérines, les gros vaisseaux, etc Le col commence à se dilater, et l'enfant se présente par le sommet, il est vivant. On hâte le travail à l'aide d'un colpeurynter rempli d'eau phéniquée. Après trois jours de travail, la femme expulse un enfant de 979 grammes et de 35 centimètres de long. Suites de couches normales. L'enfant succombe au bout de vingt heures. CH. MAYGRIER.

Isolirter Vorfall der Nabelschnur bei Zwillings-Geburt... (Procidence du cordon dans un accouchement gémellaire, et double présentation transversale), par P RŒSGER (*Centr. f. Gyn.*, 31 *mai* 1890).

Le 25 mars 1890, Rœsger est appelé pour un cas de procidence du cordon, la présentation de l'enfant restant indéterminée.

La parturiente, âgée de 40 ans, a eu déjà huit accouchements, tous normaux. La dilatation est complète. L'utérus est très volumineux, tendu, fluctuant. Le palper ne permet de constater rien d'autre qu'une petite partie dure, située à gauche, probablement une tête. L'auscultation est négative. Au toucher, on trouve dans le vagin des anses d'un cordon volumineux, dont les battements sont à peine perceptibles. On arrive plus haut sur une poche des eaux volumineuse; aucune partie fœtale engagée. Au-dessus du détroit supérieur, deux masses molles à droite et à gauche, nettement séparées.

On diagnostique une grossesse gémellaire avec rupture d'un des œufs et issue du cordon. La poche des eaux de l'autre œuf gêne l'engagement du premier fœtus.

Anesthésie chloroformique. Introduction de la main gauche le long du cordon. On constate alors à travers la poche intacte que le fœtus contenu dans cette poche a le siège en bas et le dos tourné en avant et à gauche. En suivant toujours le cordon, on trouve l'autre fœtus en présentation transversale

le dos en arrière; ce fœtus est situé en arrière de son jumeau. Version et extraction. On constate ensuite que le second fœtus se présente maintenant par l'épaule; on rompt la poche et on fait une seconde version.

Le premier enfant extrait a dû être ranimé. Il pèse 2,900 grammes et a une longueur de 49 centimètres. Le second pèse 3,000 grammes et est long de 50 centimètres. Délivrance normale : un seul placenta, deux chorions et deux amnios.

En dehors de quelques remarques faites par Spiegelberg et Winckel dans leurs traités, l'auteur n'a rien trouvé dans la littérature ayant trait spécialement à la procidence du cordon dans l'accouchement gémellaire.

CH. MAYGRIER.

Ueber den Werth der tiefen Cervix und Scheiden-Damm-Einschnitte in der Geburtshülfe (De la valeur des incisions du col et du périnée), par DÜHRSSEN (*Arch. f. Gyn.*, *XXXVII*, 1).

La dilatation du col à l'aide d'incisions profondes répond à plusieurs ordres d'indications : 1° accélérer un accouchement possible par les seuls efforts naturels ; 2° préserver le col d'une déchirure imminente ; 3° permettre la terminaison de l'accouchement par une intervention opératoire. Ces indications se trouvent réalisées dans les faits suivants : oblitérations du col par atrésie, agglutination, rigidité ; dilatation insuffisante du col par rigidité ou par impuissance des contractions.

Les incisions ne doivent porter que sur un col effacé et dilaté dans une certaine étendue ; elles ont particulièrement leur raison d'être chez les primipares. Deux ou trois incisions, deux latérales et une éventuelle en arrière, suffisent pour dilater le col complètement. Pratiquées antiseptiquement, elles sont sans aucun danger et n'amènent qu'un écoulement sanguin insignifiant. Quand on y a recours dès le début du travail chez des primipares âgées ou dans le cas de rupture prématurée des membranes, ou même dans l'éclampsie et le placenta prævia, on abaisse la mortalité des mères et des enfants. Elles sont encore indiquées dans la procidence du cordon et dans les rétrécissements du bassin, en permettant de faire immédiatement la version ou une application de forceps. On peut souvent associer aux incisions du col des incisions profondes du plancher périnéo-vaginal, afin de détruire la résistance exagérée des parties molles.

Ces incisions doivent être faites avec le bistouri et porter sur une étendue de 4 centimètres de long sur 2 ou 3 de profondeur. Après l'accouchement, on suture ces incisions, et si la réunion primitive n'a pas lieu, on devra recourir plus tard à une opération d'Emmet ou de Lawson Tait.

L'auteur rapporte dix observations favorables à l'appui de son opinion.

CH. MAYGRIER.

I. — Über die künstliche Inversio Uteri bei Postpartum-Blutungen..., par KOCKS (*Centr. f. Gyn.*, 17 *mai* 1890).

II. — Inversio Uteri, par J. BARSONY (*Ibidem*, 12 *juillet* 1890).

III. — Zur Therapie der chronischen totalen Uterusinversionen, par J. KOCKS (*Ibidem*, 13 *septembre* 1890).

I. — Lomer propose comme moyen ultime dans les hémorragies graves dues à l'inertie utérine de faire l'ablation de l'utérus après laparotomie.

Sænger pense qu'il serait plus facile et plus prompt d'inverser artificiellement l'utérus et de l'extraire par la voie vaginale.

D'après Kocks, l'inversion utérine artificielle peut rendre de très grands services dans les hémorragies *post-partum*, parce qu'elle permet de faire la constriction de l'organe inversé et d'arrêter ainsi immédiatement l'écoulement sanguin, sans qu'on soit obligé d'amputer l'utérus. En effet, dans un cas où il a été appelé auprès d'une femme multipare, qui avait, après une délivrance artificielle, une inversion utérine avec hémorragie violente, il a pu arrêter la perte en entourant l'utérus d'un lien constricteur. La réduction a été faite plusieurs heures après et la malade a guéri.

Ce mode de traitement doit évidemment être réservé aux cas extrêmement graves. L'inversion artificielle n'est pas toujours facile à produire, à moins que l'utérus ne soit absolument flasque et inerte. On peut abaisser le fond avec une pince de Museux. La compression de l'organe doit être énergique; elle peut être faite avec une bande d'Esmarch.

En ce qui concerne l'opération césarienne, l'auteur conseille l'inversion de l'utérus, lorsqu'elle est possible, pour placer les sutures; de cette façon les fils sont noués vers la cavité utérine et non vers le péritoine, ce qui constitue, selon lui, de grands avantages.

II. — Une femme, âgée de 23 ans, accouchée depuis quatre mois, souffre depuis ce moment dans le bas-ventre et a constamment des pertes de sang Elle raconte qu'après son accouchement, une sage-femme a opéré avec violence la délivrance en introduisant sa main dans l'utérus. On constate l'existence d'une inversion utérine. Pendant 16 jours, on essaya la réduction avec le colpeurynter de Braun sans aucun succès. Après trois jours de repos, on réapplique l'instrument, sans résultat, durant un jour. L'utérus est extrêmement mobile, et Kezmarsky, qui examine la malade, attribue l'insuccès de la réduction à cette immobilité. La malade étant placée sur les coudes et les genoux, on applique alors un tampon de gaze iodoformée entre l'utérus inversé et les parois vaginales pour fixer l'utérus; puis on replace le colpeurynter. Douleurs assez vives dans la nuit suivante; le lendemain, on trouve l'utérus réduit. Aucune complication consécutive.

III. — Kocks a imaginé, pour la réduction des inversions de l'utérus, un appareil en caoutchouc en forme d'entonnoir, qui présente sur le colpeurynter de Braun l'avantage d'exercer une pression latérale et dans l'axe, en sorte qu'on n'a pas besoin d'immobiliser l'utérus avec de la gaze iodoformée, comme l'a fait Kezmarsky. Il a pu réduire rapidement une inversion chronique datant de 16 mois. Le gonflement progressif et le séjour prolongé de cet appareil dans le vagin doivent avoir raison des plus anciennes inversions.

CH. MAYGRIER.

Acute puerperale inversion of the uterus, par G. T. Mc COY (*Amer. journ. of obst., juillet* 1890).

Femme de 23 ans, bien portante, secondipare. Le travail débute le 2 mai 1890. L'accouchement se fait très normalement, et l'enfant naît en présentation du sommet. Quelques minutes plus tard, le placenta est expulsé spontanément par les simples efforts de la femme, sans qu'on ait fait de tractions sur le cordon, ni d'expression utérine. La main appuyée sur le ventre sent l'utérus bien rétracté, lorsque, au bout d'un moment, de nouveaux efforts d'expulsion se produisent, l'utérus s'abaisse et s'enfonce peu à peu dans l'excavatition, sans que le fond de l'organe cesse de conserver sa forme arrondie. Puis il finit par disparaître tout entier. Le toucher constate alors une inversion

utérine. Il n'y a pas d'hémorragie notable. La réduction manuelle est faite immédiatement. Les suites ont été normales.

Il s'agissait dans ce cas d'une inversion ayant débuté par une invagination du segment inférieur. Le segment inférieur de l'utérus extrêmement mince, frappé d'inertie, s'était invaginé sous l'influence des contractions du corps de l'utérus et avait entraîné peu à peu avec lui l'organe tout entier.

L'auteur résume le mécanisme de l'inversion dans les propositions suivantes :

Les tractions sur le cordon ne peuvent pas produire une inversion utérine; elles la facilitent seulement quand elle est inévitable.

L'inversion est précédée d'une inertie partielle de l'utérus.

Cette inertie résulte le plus souvent de la distension excessive des fibres musculaires, et n'a aucun rapport avec le lieu d'insertion du placenta.

L'extrême minceur du segment inférieur favorise l'inversion. Quand il y a inertie de ce segment inférieur, l'expulsion spontanée et l'expression du placenta sont plus aptes à produire l'inversion que des tractions sur le cordon. CH. MAYGRIER.

Bassin plat rachitique. Diamètre conjugué de 6 centimètres et demi. Grossesse gémellaire. Accouchement provoqué, etc..., par BOURRUS (*Journ. de méd., Bordeaux*, 21 *septembre* 1890).

Femme de 32 ans, rachitique, enceinte pour la première fois de sept mois et demi environ. Bassin plat, rachitique, diamètre conjugué de 6 centimètres et demi. L'utérus est le siège de contractions presque continues; col ramolli situé en arrière. Après une dilatation de 6 centimètres et demi, obtenue au moyen de sondes, du ballon de Tarnier, tour à tour introduites dans l'utérus pendant cinq jours, on fait avec peine, par la version, l'extraction successive de deux fœtus, pesant 1 kilogramme chacun. Délivrance naturelle une heure et demie après l'accouchement; on a deux placentas distincts réunis par un pont membraneux. Suites de couches absolument physiologiques. OZENNE.

Laceration of the vagina in labour, par M. DUNCAN (*Trans. of the obst. Sc. London, XXXI, part.* 3).

M. Duncan a eu l'occasion d'observer deux cas d'abcès vaginal chez des femmes récemment accouchées et ayant présenté des symptômes graves. Ouverts, ces abcès étaient caractérisés par une poche dont l'orifice admettait l'extrémité du doigt; on pouvait ainsi pénétrer dans une cavité du volume d'une noix.

Il attribue la formation de ces abcès à des décollements du vagin pendant l'accouchement; des hématomes se forment ainsi dans le tissu cellulaire sous-muqueux et peuvent ensuite s'enflammer et suppurer. CH. MAYGRIER.

Ein Fall von spontaner perforirender Scheidenzerreissung mit vollständigem Austritt des Kindes und der Placenta in die Bauchhöhle. Genesung (Rupture spontanée du vagin. Passage de l'enfant et du placenta dans la cavité péritonéale. Guérison), par EVERKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 591, 30 *juin* 1890).

Femme de 31 ans atteinte de cyphoscoliose. Six accouchements normaux,

mais coup sur coup. Ventre pendant. A la fin de la septième grossesse, début du travail. Présentation de l'épaule droite. Une heure et demie après la rupture spontanée de la poche des eaux, la malade, au milieu d'une contraction utérine, est brusquement prise de douleurs abdominales intenses avec issue de sang par le vagin. Collapsus de plus en plus marqué. Une demi-heure plus tard, cessation des contractions utérines. Examen après chloroformisation : à droite de l'ombilic, tumeur grosse comme une tête, un peu aplatie d'avant en arrière et adhérant à la paroi droite du petit bassin; c'est l'utérus. On ne perçoit ni bruits cardiaques fœtaux, ni tête d'enfant. Par le toucher vaginal, en remontant le long des bras et du corps de l'enfant, on retire plusieurs poignées de caillots, puis on arrive au milieu des intestins de la mère, en sentant la fosse iliaque osseuse. Everke saisit le pied gauche pour faire la version et extrait, par la déchirure vaginale, le fœtus de la cavité abdominale, en retenant avec la main trois anses intestinales qui tendent à sortir dans le vagin. Forte hémorragie vaginale. Le col est accessible pour deux doigts; l'utérus est intact, mais immédiatement en arrière se trouve une déchirure complète du vagin qui met celui-ci en communication avec la cavité péritonéale. Les bords déchiquetés de la déchirure sont ecchymosés; la déchirure s'étend latéralement jusqu'à la paroi antérieure du vagin. L'utérus se trouvait ainsi complètement détaché du vagin en arrière et sur les côtés jusqu'à l'excavation vésico-utérine. La déchirure saignant abondamment, Everke y applique circulairement 16 points de suture; une aide maintenait l'utérus abaissé, ce qui, tout en permettant la suture, empêchait une nouvelle procidence des anses intestinales réduites. Tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

Au bout de trois semaines, la femme commençait à se lever. Guérison parfaite. (*R. S.* M., IX, 196; XXIV, 127; XXIX, 585 et XXXI, 593.) J. B.

The diagnosis of placenta prævia by palpation of the abdomen, par H. R. SPENCER (*Transact. of the obst. Soc. London, XXXI, part.* 3).

La possibilité de déterminer par le palper abdominal le siège exact d'un placenta prævia sur le segment inférieur est démontrée par la relation de sept observations. Dans tous ces cas, Spencer a établi ce diagnostic et l'a confirmé ensuite par le toucher vaginal et intra-utérin. Il s'agissait de femmes multipares ayant une présentation du sommet et les membranes intactes. Dans 3 cas, le palper démontra l'existence du placenta sur la partie antérieure du segment inférieur; dans les 4 autres il permit d'affirmer que le placenta prævia n'était pas situé en avant, et occupait par conséquent la partie postérieure du col.

Pour parvenir à ce diagnostic, on doit examiner la femme couchée sur le dos; la vessie étant vide, on palpe avec douceur, dans l'intervalle des contractions.

Dans le cas de placenta prævia avec présentation du sommet, on ne trouve pas la tête dans le point occupé par le placenta; on la sent au contraire nettement là où il n'est pas. Quand l'insertion est en avant, on sent une masse élastique, de la consistance d'une éponge mouillée, qui sépare les doigts de la tête. En dehors de cette masse, on trouve aisément la tête ou une autre partie fœtale. Un choc imprimé à la tête ne se transmet pas distinctement à travers le placenta ; au contraire, un choc imprimé à la tête à travers le placenta permet de sentir celle-ci facilement dans l'endroit où le placenta n'est pas inséré. Le toucher et le palper combinés donnent des résultats identiques. CH. MAYGRIER.

Zur Behandlung der Placenta prævia, par Th. WYDER (*Correspondenz-Blatt f. Schw. Aerzte, n° 14, p. 441, 15 juillet* 1890).

Les deux méthodes de traitement le plus en honneur aujourd'hui contre l'insertion vicieuse du placenta sont :

1° Le tamponnement du vagin suivi de version interne et d'extraction ; 2° la version combinée suivie d'expectation. Wyder reproche à la première méthode les défauts suivants : 1° le tamponnement n'arrête pas sûrement l'hémorragie ; de plus, quand la poche des eaux est rompue, il est absolument contre-indiqué, de peur d'hémorragie interne; 2° les manipulations qu'il exige exposent les femmes à l'infection ; 3° on risque souvent de blesser le segment inférieur de l'utérus quand on veut extraire l'enfant immédiatement après la version ; 4° le tamponnement a en outre l'inconvénient d'exposer à des hémorragies pendant la délivrance et partant à la délivrance artificielle et aux fâcheuses conséquences qu'elle peut entraîner; 5° enfin ce procédé fait perdre beaucoup de temps.

Dans la version combinée que préconise Wyder, tous ces inconvénients sont réduits au minimum, parce que : 1° la rupture précoce de la poche des eaux empêche que le placenta ne continue à se décoller ; 2° le tampon aseptique que constitue l'extrémité pelvienne du fœtus au détroit supérieur arrête définitivement l'hémorragie.

On a cependant fait deux objections principales à l'emploi de la version combinée : l'une, celle des médecins praticiens, consiste à dire qu'elle est d'une exécution difficile ; l'autre, celle des accoucheurs de profession, c'est l'énorme mortalité des enfants qu'elle entraîne. Après avoir réfuté la première objection, Wyder ne conteste pas l'exactitude de la seconde, et il se borne à démontrer que la version combinée est bien plus favorable à la mère.

En effet, 107 cas d'insertion vicieuse du placenta recueillis à la polyclinique de Gusserow ont donné une mortalité de 6,5 0/0 pour les mères et de 78,4 0/0 pour les enfants.

Les 38 cas d'insertion vicieuse totale ont donné 3 morts, soit 7,6 0/0 ; les 61 d'insertion latérale, 4 morts, soit 6,5 0/0 et les 8 d'insertion marginale 0 mort.

Les 101 cas de la clinique de Schrœder publiés par Lomer ont donné une mortalité pour les mères de 6,9 0/0, chiffre qui concorde sensiblement avec le précédent, et de 50 0/0 pour les enfants.

Des 7 femmes de la polyclinique de Gusserow qui sont mortes, 3 ont succombé à la septicémie puerpérale (dont 1 à la suite du tamponnement fait au dehors) et 4 à l'hémorragie. (*R. S. M.*, 758 ; VII, 718 ; VIII, 247 ; XI, 595 ; XVI, 575 ; XIX, 611 ; XXII, 598 ; XXIII, 610 et 611 ; XXIV, 524 ; XXIX, 185 ; XXXI, 592.) J. B.

Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique, par BAR (*In-8°, 308 pages, Paris,* 1890).

Ce travail est basé sur de très nombreuses expériences et sur quelques observations cliniques. Des différents instruments conseillés pour effectuer l'embryotomie céphalique, trois seulement, le céphalotribe, le cranioclaste et le basiotribe méritent une étude approfondie.

Les différentes particularités de la construction du céphalotribe, que ces branches soient croisées ou parallèles, qu'elles aient une courbure céphalique et une courbure pelvienne nulles plus ou moins accusées, que les cuillers soient minces, étroites, fenêtrées, rigides ou élastiques, etc., sont tour à tour examinées. L'instrument doit être à branches croisées avec une faible courbure pelvienne, à cuillers fenêtrées. Mais dans ces conditions on ne fait qu'assurer plus ou moins les qualités de broiement et de prise de l'instrument sans en modifier profondément les qualités. Sa prise restera toujours d'autant meilleure que le broiement sera plus sûrement effectué. Or l'instrument, même bien appliqué, a une grande tendance à glisser lorsqu'il est placé suivant le diamètre antéro-postérieur ou le diamètre transverse de la tête fœtale. La meilleure prise est effectuée suivant le diamètre oblique. Il est certain que dans ces conditions la base du crâne peut être broyée. Il n'agit donc pas toujours en faisant basculer la base du crâne et en le faisant passer de champ à travers le détroit supérieur, comme on l'a affirmé. Mais la réduction considérable du diamètre saisi a pour conséquence d'augmenter proportionnellement le diamètre antéro-postérieur plutôt que les diamètres verticaux, et de transformer la tête aplatie en un disque solide et irréductible.

Le basiotribe présente les mêmes avantages et les mêmes défauts. Il a cependant sur le céphalotribe cette supériorité considérable d'assurer davantage la prise et le broiement de la tête, et conséquemment de déraper moins souvent, pour ainsi dire jamais. Le cranioclaste, qui est l'instrument de choix dans les présentations de la face, est un mauvais broyeur, mais un excellent préhenseur. S'il immobilise les fragments de la partie du crâne saisie, il laisse aux os de la voûte du crâne ou de la partie du crâne non saisie toute leur réductibilité.

Le but à rechercher est de trouver un instrument broyeur comme le basiotribe, tracteur comme le cranioclaste.

En modifiant le perforateur et les cuillers du basiotribe, Bar a donné à cet instrument deux modes d'action qui appartiennent au basiotribe et au cranioclaste. Tarnier a modifié son instrument suivant les idées qui ont été défendues par l'auteur. PORAK.

Is craniotomy upon the living child justifiable? par W. H. WATHEN (*Amer. Journ. of obst.*, *décembre* 1889).

Ce travail a pour but de démontrer qu'en présence des résultats actuels de l'opération césarienne et de l'accouchement provoqué, l'embryotomie pratiquée sur un enfant vivant doit être abandonnée. Plus de sept mille enfants sont sacrifiés annuellement aux États-Unis; la moyenne est de une craniotomie sur 340 accouchements.

En face de ces faits, Wathen expose la statistique la plus récente de l'opération césarienne, celle de Harris. L'opération de Sænger a été pratiquée 194 fois; il y a eu 147 femmes de sauvées, 47 sont mortes. Elle sauve 75, 77 0/0 des mères et 93, 81 0/0 des enfants.

L'opération de Porro a été faite 265 fois : femmes sauvées, 144; mortes, 121. Au total, 54, 33 0/0 des mères, et 82, 77 0/0 des enfants survivent.

Les statistiques de l'accouchement prématuré provoqué sont moins

favorables que les précédentes, et l'auteur estime qu'il n'est pas sage d'avoir recours à cette opération dans un bassin de moins de 6 centimètres.

Malgré sa mortalité plus grande, l'opération de Porro est préférable à la césarienne simple dans les quelques cas suivants : quand l'écoulement des lochies est rendu difficile ou impossible par les voies naturelles; quand il y a grossesse dans un utérus bicorne; quand il existe une infection évidente du corps de l'utérus; quand la femme a déjà subi plusieurs fois l'opération césarienne; quand il y a ostéomalacie grave; enfin, dans les cas de rupture complète de l'utérus.

En résumé, l'opération césarienne donne les mêmes résultats pour la mère que la craniotomie. Elle doit donc lui être préférée, et l'embryotomie sera réservée aux cas où le bassin est relativement large et où le fœtus est mort. CH. MAYGRIER.

I. — **De l'opération césarienne. Méthode opératoire et indications, par Emile BLANC** (*Arch. de tocologie*, 1889-1890).

II. — **Technique de l'opération césarienne moderne, par POTOCKI** (*Broch. Paris et Ann. de Gyn.*, 1889-1890).

III. — **De l'opération césarienne. Méthodes et procédés d'exécution, par BERLIN** (*In-8°, Paris*, 1890).

IV. — **Ein Fall von conservative Kaiserschnitt (Opération césarienne), par EVERKE** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 29, *p.* 630, 1890).

V. — **Cœsarean operation, par GILLIAM** (*N. York med. journ.*, *p.* 516, 10 *mai* 1890).

VI. — **The cœsarean operation in moderately contracted pelvis, par R. A. MURRAY** (*N. York med. journ.*, *p.* 673, 21 *juin* 1890).

VII. — **Tumeur des os du bassin; opération césarienne; guérison, par de SWIECICKI** (*Gaz. hebd. de méd. Paris*, 10 *janvier* 1891).

VIII. — **Zur Prognose neuerlicher Schwangerschaft nach conservativem Kaiserschnitte (Pronostic des grossesses postérieures à une opération césarienne), par Franz FORGGLER** (*Wiener Klinik* 1890 *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *p.* 559, 1890).

I à III. — Ces trois mémoires très étendus ont plutôt pour but de résumer les publications si nombreuses parues dans ces dernières années sur l'opération césarienne, que de faire connaître quelques particularités ou quelques aperçus nouveaux.

Ils aboutissent tous trois à combattre les anciennes idées qui avaient cours au sujet du pronostic presque constamment fatal de cette opération. L'anesthésie, l'hémostase, l'antisepsie, qui sert de conclusion au mémoire de Berlin, ont amélioré ce pronostic.

En différents points de détail, on trouverait d'ailleurs un désaccord entre les trois auteurs, en particulier à propos du moment où il faut pratiquer l'opération, de la substance qui doit entrer dans la composition des sutures, de la manière dont on doit les appliquer, etc.

Il est impossible d'accorder une place restreinte à une semblable analyse. Ces trois mémoires méritent cependant une mention très spéciale à cause de la quantité considérable de documents qu'on y trouve accumulés et critiqués. PORAK.

IV. — Il y avait dans ce cas un fibro-myome rétro-cervical, cause de dystocie. L'auteur l'a extirpé par la voie vaginale après avoir pratiqué l'opération césarienne et suturé l'utérus.

Femme de 36 ans, enceinte pour la 5e fois, éprouvant les premières douleurs le 7 mars 1889 à 1 heure; rupture de la poche à 10 heures. On trouve à droite de la tête une tumeur qu'on essaye en vain de ponctionner et même d'inciser. Le forceps est appliqué sans succès.

Laparotomie le 8 mars à 2 heures. Après extraction de l'enfant vivant et du placenta, 8 points de suture profonde et 20 sutures superficielles de l'utérus.

La tumeur, qu'au premier abord on avait vu saillir hors du petit bassin refoulant le repli de Douglas, est difficile à atteindre par la voie abdominale. On referme donc l'abdomen.

Incision de la capsule de la tumeur par le vagin. On saisit la masse avec une pince de Museux. La cavité est tamponnée à l'iodoforme. La tumeur pèse 700 grammes ; elle a une longueur de 18 centimètres, une largeur de 12 centimètres. C'est un fibro-myome.

Après quelques jours de fièvre, marche normale des plaies. L'opérée fut guérie au bout de 4 semaines.

V. — Femme de 33 ans portant une tumeur à l'hypogastre du côté droit. On hésite d'abord entre un kyste de l'ovaire et une grossesse extra-utérine, puis on pense à la coïncidence d'une grossesse normale avec une tumeur du ligament large.

Le 4 février, la malade ayant des douleurs, on pratique la laparotomie. L'utérus est à droite, et à gauche on voit une tumeur qui remplit la cavité pelvienne et s'étend à l'hypogastre.

Incision de l'utérus, extraction d'un fœtus de 6 mois et demi vivant. Lavage et suture de l'utérus; suture de la paroi abdominale, drainage. On respecte la tumeur.

Après divers incidents, l'opérée guérit. Elle se lève le 19e jour. A ce moment, on s'aperçoit de la diminution notable de la tumeur, puis elle se développe de nouveau. L'auteur en ignore la nature exacte.

L'enfant a succombé au bout de quelques heures.

VI. — Femme de 25 ans, secondipare, ayant eu ses dernières règles le 1er mai 1889. La mensuration du bassin avec le pelvimètre de Baudelocque donne : distance des crêtes iliaques, 10 pouces; distance des épines iliaques, 8 pouces 1/2; diamètre conjugué extérieur, 6 pouces; conjugué intérieur, 3 pouces 5/8. Il y a donc rétrécissement transversal. Le travail commence le 30 janvier 1890 à 9 heures du soir. Le 1er février à 9 heures du soir, la poche se rompt; on constate une présentation de l'épaule gauche, la main étant à la vulve. L'utérus est contracté, les douleurs sont fréquentes. Le cœur de l'enfant est faible. La parturiente est épuisée.

L'auteur, craignant de voir la version compromettre la mère en exposant l'enfant à la craniotomie, pratique l'opération césarienne le 2 février, à 1 heure après midi. L'opération dure 73 minutes. Au bout de 4 semaines, l'opérée se lève. Enfant vivant. L. GALLIARD.

VII. — Femme de 32 ans, secondipare, arrivée au terme de la grossesse. Vagin court, large, lubréfié; au fond de la cavité, tumeur dure arrondie, des dimensions d'une tête d'enfant, et remplissant la plus grande partie du bassin. Immédiatement derrière la symphyse du pubis on perçoit le col fortement comprimé, les lèvres tuméfiées, les bords minces, tranchants; entre les lèvres du col et les membranes on reconnaît très difficilement un petit segment de la tête de l'enfant qui ballottait facilement.

Le toucher rectal démontre que la tumeur est située derrière le rectum et qu'elle est dure, immobile, paraissant provenir de la région de la symphyse sacro-iliaque droite. Les douleurs devenant de plus en plus fortes et une

rupture de l'utérus étant à craindre, on pratique l'opération césarienne. Après extraction de l'enfant et du placenta, l'utérus est suturé sans nettoyage de sa cavité et replacé dans la cavité abdominale ; puis l'opération est terminée comme à l'ordinaire, la tumeur, qui paraît être un enchondrome, étant laissée intacte. Suites excellentes. Le 20e jour, la malade commence à se lever. OZENNE.

VIII. — Jusqu'à la fin de novembre 1889, il a été publié 194 opérations césariennes avec suture de l'utérus; sur les 171 un peu détaillées on compte 132 guérisons. Parmi ces femmes, 12 sont redevenues enceintes. Cette fécondité paraît insignifiante. Mais après défalcation des célibataires il ne reste que 43 femmes mariées, parmi lesquelles 38 seulement étaient aptes à concevoir. Or, sur ce dernier chiffre, 8 ont eu une nouvelle grossesse.

Forggler étudie ensuite l'influence de la nature de la suture sur les 38 femmes : 13 avaient été suturées au catgut, 12 à la soie; sur le total de 25, 2 sont redevenues enceintes. Des 13 restantes suturées au fil d'argent, 6 ont eu une nouvelle grossesse.

Forggler conclut de ses relevés statistiques qu'une opération césarienne antérieure n'augmente pas sensiblement les dangers d'une grossesse et d'un accouchement nouveaux ou même d'une deuxième opération césarienne.

Ce qui est périlleux pour les femmes, ce sont les adhérences étendues ou résistantes de l'utérus aux organes voisins; or, elles sont plus rares après la suture au fil d'argent qu'après celles au catgut ou à la soie. J. B.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par DESCROIZILLES (2e *édition*, *Paris*, 1890).

Cet ouvrage est divisé en deux parties dont la première comprend six livres : le premier est consacré à des généralités sur l'anatomie, la physiologie, la sémiotique, l'hygiène, la thérapeutique chez l'enfant, sur les anomalies et les déformations congénitales, enfin sur les maladies dont l'accouchement est l'origine et sur certains états pathologiques des nouveau-nés. Dans les livres suivants l'auteur s'occupe des maladies de l'appareil digestif et de ses annexes, des maladies des organes génito-urinaires, des maladies de l'appareil respiratoire, des affections des organes de la circulation, des maladies du système nerveux.

La deuxième partie qui termine l'ouvrage est aussi détaillée, aussi complète que la première. Dans un premier livre, l'auteur expose les maladies convulsives et vésaniques ; ces dernières qui ne sont pas étudiées d'ordinaire dans les traités de pathologie infantile, constituent un chapitre important. Puis, vient un livre sur les maladies de l'appareil locomoteur, du moins celles qui intéressent autant le médecin que le chirurgien ; ce sont entre autres la paralysie pseudo-hypertrophique, l'atrophie musculaire progressive infantile, enfin, la maladie de Thomsen.

Tout un livre est consacré à l'étude des maladies de la peau et ne

comprend pas moins de quatre chapitres. Enfin, le dernier livre donne la description des maladies générales ; citons comme articles nouveaux, la rubéole, la grippe, la leucocythémie, l'obésité, l'athrepsie, les accidents de croissance, la rage, l'hémophilie, le cancer, l'alcoolisme.

Enfin, un appendice au formulaire de la 1re édition termine cet ouvrage qui constitue un traité complet des maladies infantiles. BARBE.

Zur Kenntniss des kindlichen Stoffwechsels bei Fieber (Echanges matériels chez l'enfant fébricitant), par W. PIPPING (*Skandinavisches Archiv für Physiologie, II, p.* 89).

L'élimination de l'azote est considérablement accrue relativement à la quantité d'aliments absorbés. Elle peut cependant rester normale pendant quelque temps. Dans l'état fébrile léger ou modéré, l'alimentation albuminoïde ne détermine pas une plus grande perte d'azote ; au contraire, elle peut diminuer la consommation d'albumine. L'alimentation albuminoïde, dans ces cas, a un bon résultat, quelquefois aussi bon qu'à l'état de santé. En général, l'élimination relative ou absolue de l'acide phosphorique est diminuée pendant la fièvre. DASTRE.

Ueber fœtale Herzgeräusche (Sur les bruits du cœur chez le fœtus), par BUMM (*Sitzungs. der Physik-Medicin. Gesellsch. zu Würzburg, p* 105, 1890).

On entend souvent à côté des bruits du cœur fœtal, un bruit que Kennedy a observé et appelé *bruit ombilical.* Il l'attribuait à un phénomène se passant dans le cordon ombilical. Bumm combat cette interprétation en s'appuyant sur les arguments suivants : la petitesse des artères, la possibilité qui devrait exister (et qui n'existe pas) de l'entendre ou de le sentir directement après l'accouchement ; le lieu où on le perçoit habituellement et qui est voisin du cœur fœtal et du côté dorsal ; ce lieu suit les déplacements du cœur. L'auteur pense que c'est un bruit qui dépend de modifications dans la pression sanguine, comme les bruits que chez l'adulte on perçoit dans l'état fébrile, dans l'anémie. Nieberding croit que ce bruit naît dans l'oreillette droite, par insuffisance de réplétion de la veine cave inférieure. DASTRE.

Successful removal of an hydatid cyst pressing on the motor region, par GRAHAM et CLUBBE (*Australasian med. Gaz., juillet* 1890).

Jeune garçon de 16 ans, qui, à l'âge de 10 ans, fit une chute sur la tête ; perte de connaissance pendant 48 heures. Depuis un an, affaiblissement de la mémoire, lourdeurs de tête, cécité de l'œil gauche ; brachioplégie droite, faiblesse des jambes. A son admission, on constate une double atrophie optique. Amélioration par le bromure et l'iodure. Crise à la suite de laquelle l'hémiplégie droite s'accentue. Trépanation et extirpation d'un kyste hydatique qui comprimait la zone motrice. La paralysie a disparu, mais la cécité persiste. A. CARTAZ.

Movimenti atetosici nelle affezioni spinali, par R. MASSALONGO (*Gazzetta degli Ospitali, n°* 12, 1890).

Enfant de 10 ans qui à l'âge de 6 mois avait été pris de paralysie des 4 membres suivie d'atrophie avec déformation des membres ; intelligence intacte ; l'atrophie et la parésie des membres persista avec contracture en flexion des jambes sur les cuisses ; lorsqu'on voulut apprendre à écrire à l'enfant, on

s'aperçut que la plume ne pouvait être tenue parce que les doigts s'écartaient involontairement, s'étendaient d'une façon exagérée puis se fermaient dans la paume de la main; vers la même époque, on constata des mouvements analogues dans les pieds. A l'âge de 14 ans, l'enfant présente tous les symptômes de l'athétose double, il a la tête volumineuse, la physionomie intelligente, l'œil vif, la parole facile, il n'y a aucun trouble de la motilité de la face ni aucune altération des sens supérieurs, les membres ont l'aspect de ceux d'un enfant de 5 ans.

C'est là un exemple, encore unique, de mouvements athétosiques chez un sujet atteint de paralysie spinale infantile : il faut admetttre pour expliquer ces mouvements chez les sujets atteints de maladies de la moelle, comme on en a publié quelques cas, que le faisceau pyramidal peut produire ces mouvements non seulement lorsqu'il est atteint dans son trajet intracérébral, mais aussi dans son trajet intramédullaire.

GEORGES THIBIERGE.

Hysterische Aphasie combinirt mit Facialisparalyse, Trismus und Spasmus, par STRASSMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 10, *p.* 188, 1890).

Un garçon de 8 ans, considéré comme bien portant, attire l'attention, au milieu de la nuit, par sa respiration bruyante. On le trouve éveillé, mais il ne peut prononcer une seule parole, il est atteint d'aphasie motrice. Il comprend ce qu'on lui dit et se détourne quand on lui propose une chose qui lui déplaît, par exemple une lotion froide, mais il ne peut exécuter les gestes qu'on lui commande.

Le facial inférieur est paralysé du côté du droit; l'orbiculaire des paupières est respecté. La commissure labiale gauche se dévie quand on chatouille l'enfant, quand on le fait rire. La langue n'est pas déviée, mais enroulée sur elle-même, la pointe fixée au palais. Les dents sont serrées : contracture des masséters, trismus.

Rotation de la tête à gauche, par contraction non pas du sterno-mastoïdien mais du splénius gauche. Raideur des membres supérieurs en flexion. Légère analgésie. Pas d'autre trouble de la sensibilité. Pupilles normales. Apyrexie.

Au bout de dix heures tous ces accidents ont disparu. L'enfant se rappelle fort bien les événements de la nuit, il est fier d'avoir excité la curiosité de son entourage. Il raconte que deux ans auparavant dans un accès analogue, il a été privé de la parole. Rien à signaler dans les antécédents familiers ; les parents jouissent d'une bonne santé. Dans ce cas, l'hystérie n'est pas douteuse. L. GALLIARD.

Cases of chorea dependent upon the presence of intestinal worms, par Th. JENKINS (*Lancet*, *p.* 667, *septembre* 1890).

Trois observations de chorées d'origine réflexe. 1° Chorée produite par un abcès mastoïdien et cessant après l'incision de cet abcès ; 2° chorée durant depuis un an et cessant à la suite de l'expulsion d'ascarides sous l'influence d'un vermifuge ; 3° chorée revenant à deux reprises à un an d'intervalle sous l'influence d'ascarides et cessant deux fois après leur expulsion. A.-F. PLICQUE

Ueber Tuberculose im ersten Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der sogen. Hereditaet. (De la tuberculose dans la première enfance, envisagée surtout au point de vue de ce qu'on appelle son hérédité), par F. BRANDENBERG (*Thèse inaug. Bâle et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *p.* 285, 1890).

Dans ce travail, basé sur 203 cas de tuberculose chez des enfants

au-dessous de 4 ans, recueillis à l'hôpital de Bâle, Brandenberg cherche à démontrer que l'hérédité, dans le sens d'une tuberculose congénitale, n'existe pas. Il substitue à cette notion, celle d' « occasion d'infection dans la famille ». Sur les 203 cas, il s'en trouve 34 0/0 pour lesquels existaient ces occasions d'infection. Pour la phtisie pulmonaire seule, l'occasion d'infection se retrouve 44 fois sur 100, dont 21 0/0 du côté de la mère, 18 0/0 du côté du père, 2 0/0 du côté des deux, et 3 0/0 du côté des frères et sœurs.

Pour la tuberculose miliaire, les occasions d'infection sont de 48 0/0 (dont 34 0/0 pour la méningite tuberculeuse) se répartissant ainsi : 19 0/0 du côté de la mère, 7 0/0 du côté du père, 17 0/0 du côté de membres de la famille, sans autre désignation, et 5 0/0 du côté de parents plus éloignés.

Pour la tuberculose osseuse, les occasions d'infection se trouvent chez 34 0/0 des malades, à savoir : 13 0/0 du côté du père, 11 0/0 du côté de membres de la famille, 8 0/0 du côté de la mère, et 2 0/0 du côté d'autres parents.

Au point de vue du siège de la tuberculose, on compte 43 0/0 de tuberculose osseuse, 32 0/0 de tuberculose miliaire (dont 16 0/0 de méningite), 21 0/0 de phtisie pulmonaire et 4 0/0 de tuberculoses intestinale, péritonéale, génitale et solitaire du cerveau. En les répartissant suivant l'âge des enfants, on compte 18 0/0 des cas au-dessous de 1 an; 42 0/0 de 1 à 2 ans, 21 0/0 de 2 à 3 ans et 19 0/0 de 3 à 4 ans.

Voici maintenant la localisation de la tuberculose suivant les âges :

	Os.	Poumons.	Méningite.	Miliaire.
De 0 à 1 an.	31 0/0	36 0/0	8 0/0	19 0/0
De 1 à 2 ans.	52 —	19 —	15 —	14 —
De 2 à 3 ans.	65 —	24 —	4 —	2 —
De 3 à 4 ans.	48 —	10 —	37 —	2 —

Les nombreuses tuberculoses des os signalées de 1 à 3 ans proviennent en grande partie du spina ventosa.

21 0/0 de la totalité des malades étaient en outre rachitiques. Chez 37 0/0 des malades, il préexistait des causes de débilitation, tenant à des maladies antérieures.

Brandenberg conclut que dans aucun de ses cas, il n'existait d'hérédité au sens propre du mot. Pour la phtisie pulmonaire, c'est l'appareil digestif qui semble être la source la plus riche d'infection : chez 65 0/0 de ces enfants phthisiques, on avait noté pendant la vie des phénomènes de gastro-entérite, et dans 35 0/0 des autopsies, on signale du gonflement ou de la fonte caséeuse des ganglions mésentériques.

L'infection générale se produit souvent après l'opération de tuberculoses osseuses.

Le point de départ probable de la tuberculose miliaire généralisée est souvent (50 0/0) la fonte d'un foyer tuberculeux du poumon. J. B.

Ein Fall von Inoculationstuberculose, par **DENEKE** (*Deutsche med. Woch.* *n°* 13, *p.* 262, 1890).

L'auteur voit à la fin d'août un enfant de 4 mois dont la mère, atteinte de tuberculose du sommet gauche, crache abondamment et recueille ses crachats

dans un vase de nuit qui est placé sous son lit. Quelques jours plus tard l'enfant tombe sur ce vase qui se brise, et il se fait trois petites plaies à la tête ; les plaies sont lavées par l'auteur à l'aide de la solution de sublimé.

6 semaines plus tard deux des plaies sont guéries, mais la troisième se creuse et grandit; induration des ganglions parotidiens et cervicaux du côté gauche. Derrière l'oreille est un petit abcès dans lequel l'auteur trouve des bacilles tuberculeux. Il y a du reste de nombreux bacilles dans les crachats de la mère.

Ramollissement rapide des ganglions. Mort de l'enfant à l'âge de 9 mois. Autopsie : rien dans les ganglions bronchiques et mésentériques. Rien dans les viscères, rien dans les poumons.

L'auteur n'hésite pas à voir là une inoculation par les plaies.

L. GALLIARD.

Double empyema, par MORGAN (*Lancet, vol. II, p.* 125, 1890).

Morgan put, chez un enfant de six ans, obtenir la guérison d'une pleurésie purulente double, en pratiquant successivement à douze jours d'intervalle l'incision avec résection d'une côte du foyer gauche, l'incision avec résection d'une côte du foyer droit. L'incision simultanée des deux foyers eût été fort dangereuse à cause de l'épuisement et des troubles cardiaques. Guérison parfaite, maintenue au bout d'un an.

Chez un autre enfant de six ans une pleurésie purulente dont le pus avait passé à travers les insertions du diaphragme sur les dernières côtes, puis entre les muscles oblique et transverse, était venue former une collection fluctuante sur la crête iliaque. L'incision au niveau de l'épine iliaque postérieure et inférieure donna issue à environ 1800 gr. de pus. La guérison de la plaie fut complète en douze jours. A.-F. PLICQUE.

Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance, par Anna FINKELSTEIN (*Thèse de Paris*, 1890).

Chez les enfants les pleurésies purulentes sont très fréquentes par rapport aux pleurésies séreuses. Un quart d'entre elles environ sont métapneumoniques, de par la clinique ; la bactériologie prouve que plus de la moitié, 57 0/0, sont dues à des pneumocoques.

Des trois symptômes classiques de la pleurésie, matité, absence des vibrations thoraciques et du bruit respiratoire, ce dernier fait souvent défaut dans les empyèmes; parfois au contraire on entend des bruits cavitaires. Au point de vue de la mortalité diverses statistiques montrent qu'elle peut varier de 0 à 16 0/0 (chez l'adulte de 16 à 33 0/0). Dans la majorité des pleurésies à pneumocoques, la maladie peut guérir par des ponctions, sans qu'il faille recourir à la pleurotonie. H. LEROUX.

Contribution à l'étude clinique de l'asthme essentiel chez les enfants, par BERT (*Thèse de Paris*, 1890).

L'asthme essentiel se rencontre rarement chez les enfants; il présente exactement les mêmes caractères que chez l'adulte, guérit presque toujours sans laisser d'emphysème pulmonaire, ni de lésions du cœur droit; est passible du traitement ioduré. H. L.

Broncho-pneumonie consécutive à la rougeole, par MOREL (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 297, 20 *juin* 1890).

M. a fait l'examen bactériologique de pièces de broncho-pneumonie

recueillies au cours d'une épidémie de rougeole à l'hôpital des Enfants Assistés. Au premier abord, microscopiquement, l'aspect était celui de la tuberculose, mais l'examen histologique et bactériologique a prouvé qu'il n'en était rien. Les cultures ont donné des streptocoques, des staphylocoques, et il est probable que ce ne sont pas les seuls microbes en jeu. Ces microbes sont très nombreux dans les ramifications bronchiques et n'arrivent que secondairement dans les alvéoles. Les pièces actuelles démontrent bien que ces broncho-pneumonies ne sont pas directement rubéoliques, mais sont dues à des microbes surajoutés, apportés par l'air inspiré. A. BROCA.

Report on an outbreak of tonsillitis... (Epidémie d'amygdalite diphtéroïde au collège d'Eton), par James GOOCH (*Brit. med. j., p.* 474, *mars* 1890).

L'intérêt de cette communication est l'origine probable de l'épidémie par le lait de vaches saines, mais qui buvaient l'eau d'une mare contaminée par des déjections d'égout. Gooch a fait une enquête très précise qui semble avoir donné des résultats assez probants : néanmoins, quelques doutes sont permis, surtout quand on voit que la santé des vaches n'avait nullement souffert de cette eau suspecte. L'affection ressemblait à l'amygdalite spéciale des scarlatineux, avec exsudats diphtéroïdes. Elle ne parut pas contagieuse, en ce sens que seules furent atteintes les personnes qui avaient bu du lait cru : le lait bouilli n'avait produit aucun malaise. H. R.

A case of diphtheria; absence of knee jerks (Suppression du réflexe tendineux chez un diphtérique), par Seymour SHARKEY (*Brain, p.* 237, *juillet* 1890).

Chez un enfant de 4 ans, mort de diphtérie, on avait constaté pendant la vie l'absence de réflexes tendineux. L'autopsie révéla une intégrité complète des nerfs et des muscles, mais une altération très spéciale de la moelle. Les grandes cellules motrices des cornes antérieures étaient remplies de volumineuses granulations noirâtres qui masquaient complètement leur noyau, et se dirigeaient parallèlement au filament axile. Ces granulations n'étaient pas l'exagération de la pigmentation normale des cellules : elle ressemblaient à celles que l'on rencontre au cours des myélites. H. R.

Mittheilungen über Diphtherie, par HENOCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 940, 28 *octobre* 1889).

Dans le dernier trimestre de 1886 et pendant l'année 1887, Henoch a traité dans son service d'enfants, à la Charité, 192 cas de diphtérie. Dans les cas d'angine de nature douteuse, l'adénite sous-maxillaire et la fièvre n'ont pas grande valeur diagnostique; en revanche, la bilatéralité de l'affection, son extension aux angles des piliers et à la luette, l'albuminurie, l'envahissement du nez et la contagiosité indiquent la diphtérie.

Sur les 192 cas, 110 fois la diphtérie resta limitée au pharynx et causa 32 décès. 82 fois, elle envahit le larynx. 12 des enfants atteints de laryngite diphtéritique n'ont pas été opérés pour diverses contre-indications; tous ont succombé.

Des 70 trachéotomisés, 61 sont morts; la raison principale de cette statistique défavorable tient à ce que, contrairement à d'autres auteurs, il a séparé complètement la laryngite diphtéritique du croup idiopathique. D'après lui, il existe un véritable croup inflammatoire, une laryngite

fibrineuse qui actuellement tend à disparaître devant les progrès de la laryngite diphtéritique. Les trachéotomies pour croup inflammatoire lui ont donné 66 0/0 de succès, ce qui différencie absolument cette affection du croup diphtéritique. En confondant dans la statistique les deux affections, on arrive au chiffre de 25 à 30 0/0 de guérisons, ce qui concorde avec les résultats des auteurs qui ne font pas la distinction établie par Henoch.

La proportion de 32 décès sur 110 pharyngites diphtéritiques est assez favorable et prouve que, depuis la fin de 1886, la malignité de la diphtérie a diminué.

Sur les 110 angines, Henoch n'a compté que cinq fois de la suppuration. Un de ses malades a eu un gonflement apyrétique des genoux; une seule fois, il a noté une paralysie des muscles oculaires et de l'aphonie. Chez deux enfants atteints de paralysies diphtéritiques, le réflexe rotulien était conservé.

Henoch n'a trouvé aucune efficacité à la créosote, à l'essence de térébenthine, à l'acide arsénieux, non plus qu'aux applications locales de solution acide de sublimé, de tribromure iodique, d'essence de menthe. Les gargarismes et les pulvérisations de vinaigre ont paru avoir une action antiseptique.

Dans la discussion, Leyden déclare que la diphtérie offre une malignité toute spéciale dans l'Allemagne du Nord et plus particulièrement dans la Marche de Brandebourg et à Berlin; à Vienne, dans le Tyrol et en Suisse, elle a un caractère bien plus bénin. La néphrite diphtéritique, qui est cependant de même nature anatomique que la néphrite scarlatineuse, s'en distingue à la fois par l'époque de son apparition et par son évolution plus favorable. Jamais Leyden ne l'a vue passer à l'état chronique ni causer de l'urémie. Les manifestations articulaires dans la diphtérie portent sur les jointures mêmes, tandis que dans la scarlatine elles atteignent les gaines tendineuses.

Fürbringer, tout en reconnaissant l'extrême rareté de l'urémie dans la néphrite diphtéritique, déclare en avoir observé un cas indubitable et un cas douteux. J. B.

Repeated vomiting a bad prognostic in diphtheria, par Samuel GEE (*St Barth. hosp. Rep.*, *XXV*, *p.* 69).

Gee rapporte neuf cas de vomissements précoces et répétés au cours de la diphtérie : tous furent mortels. Analysant ce symptôme, il montre que très souvent le vomissement est l'expression d'une gastrite diphtéritique. (Une fois seulement, fait de Balfourd Jones, *Brit. med. J.*, 20 avril 1889). Le plus ordinairement les vomissements sont dus à l'albuminurie et peuvent être considérés comme une manifestation de l'urémie. Il est possible également qu'ils dépendent d'une altération du pneumo-gastrique, quand ils sont associés à de la tachycardie, à de l'arythmie, à la perte de la réflectivité tendineuse. H. R.

Remarques sur la sécrétion lactée chez les nouveau-nés, par VARIOT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *juillet* 1890).

Variot a cherché jusqu'à quelle époque persiste la suractivité de la glande mammaire chez les jeunes enfants.

Il croit que c'est le plus souvent du huitième au quinzième jour après la naissance que la sécrétion est la plus abondante et ressemble le plus au lait de femme; auparavant c'est une sorte de colostrum. On peut, chez les enfants de 3, 4 et même 5 mois, en pressant le sein, faire couler une petite quantité de suintement lacté. Chez des enfants manifestement athrepsiés, la sécrétion du lait a persisté malgré l'état accentué de dénutrition générale. H. L.

Ueber das Drüsenfieber (Sur la fièvre ganglionnaire), par STARCK (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXXI, Heft* 4).

L'auteur a eu l'occasion d'en observer une douzaine de cas, tous terminés par la guérison; il ne put confirmer la valeur de cet ensemble clinique par des recherches anatomo-pathologiques ou bactériologiques. Il s'agissait d'enfants de 2 à 8 ans, qui étaient pris de fièvre, de maux de tête, de vomissements, tantôt subitement, tantôt après quelques jours de malaise. Quelques heures après l'apparition de ces symptômes, survenait une tuméfaction manifeste des ganglions cervicaux d'un côté ou des deux côtés du cou, principalement de ceux situés derrière le tiers supérieur du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, quelquefois des ganglions sous-maxillaires. Ces symptômes n'étaient pas douloureux spontanément, mais à la pression et gênaient un peu les mouvements de la tête. L'inspection de la gorge montrait une légère rougeur et un peu de tuméfaction; rien de particulier du côté des voies respiratoires sauf dans un cas où l'enfant avait une toux coqueluchoïde comme dans l'adénopathie bronchique. L'auteur ne put jamais constater la tuméfaction des ganglions axillaires, cubitaux ou inguinaux; dans un cas il observa une tuméfaction notable du foie et de la rate et une néphrite récente.

L'appétit des enfants était nul, il y avait une constipation opiniâtre, la température oscillait entre 38°,5 et 40°.

Rien dans les antécédents qui pût expliquer l'apparition de cette maladie : pas de tuberculose, pas de scrofule, pas de maladies infectieuses, qui eussent pu laisser une tendance à la tuméfaction ganglionnaire.

Chez la plupart des enfants, les ganglions atteints augmentèrent de volume dans les premiers jours, d'autres se prirent à leur tour; il n'y eut jamais de suppuration.

L'auteur vit une fois deux enfants de la même famille atteints en même temps de cette maladie. (Voy. *R. S. M.*, XXXVI, 581.) BARBE.

Note sur le foie cardiaque chez l'enfant, par HANOT et PARMENTIER (*Arch. gén. de méd., octobre* 1890.

Les auteurs rapportent deux observations : l'une d'asystolie hépatique chez une fille de 15 ans; la deuxième est un cas typique de cirrhose cardiaque observée chez un enfant de 8 ans. Cette deuxième observation, où il n'y a pas eu d'alcoolisme possible, montre que la cirrhose était indubitablement d'origine cardiaque. RICHARDIÈRE.

Sur 81 cas de fièvre typhoïde infantile traités par les bains froids, par DEVIC et S. PERRET (*Lyon méd., p.* 547, 17 *août* 1890).

Sur 81 cas observés chez des enfants de âgés 2 ans et demi à 14 ans,

25 ont été légers, 12, de moyenne intensité, 14, intenses. Il n'y a eu que 3 morts, 2 par l'intensité de l'infection, 1 par broncho-pneumonie avec péricardite purulente.

Le traitement par les bains froids a été appliqué d'une façon systématique ; les malades ont pris en moyenne 50 bains, à 20° et d'une durée de 10 minutes. A. CARTAZ.

Gangrene of the leg in typhoid fever, par DREWITT (*Lancet, p.* 1023, 15 *novembre* 1890).

Une fillette de 12 ans présenta au 26e jour d'une fièvre typhoïde grave, une gangrène de la jambe qui vingt jours après nécessitait l'amputation. Les artères du membre amputé étaient entièrement oblitérées par un caillot continu, friable, adhérent aux parois. Guérison. Drewitt rappelle les principales observations connues de cette complication rare. Plusieurs, malgré la bénignité ordinaire qu'offre la fièvre typhoïde de l'enfance, se trouvent également chez des enfants. A.-F. PLICQUE.

Ein Fall von Wanderleber (Foie flottant), par GONTERMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p.* 1043, 1890).

Le foie mobile a été observé par l'auteur chez un enfant d'une année, consécutivement à de violents accès de toux et à des cris répétés. La mère avait été surprise de constater une tumeur qui soulevait l'ombilic. Le lobe gauche était sous les fausses côtes gauches, tandis que le droit atteignait la fosse iliaque du côté gauche. Il était impossible de refouler l'organe par la pression, sous les côtes droites, dans son siège normal.

Quinze jours après l'accident, l'enfant mourut presque subitement. L'auteur attribue la mort à la torsion du pédicule hépatique. Il a constaté que le foie reposait en dernier lieu sur le pubis et que, par conséquent, la mobilité de l'organe s'était encore accentuée. L. GALLIARD.

De l'albuminurie chez les jeunes enfants, par SEJOURNET (*Union méd. du Nord-Est*, *n°* 9, *p.* 312 ; 1890).

Chez des enfants de onze à seize mois soumis à un régime défectueux, l'auteur a observé une albuminurie dont la quantité a varié de 25 centigrammes à 2 gr. 50, et dont la durée a été de deux à quatre semaines. Elle s'accompagne d'anurie qui peut mettre sur la voie du diagnostic, et aussi d'œdème. Cette albuminurie, tout à fait indépendante de la scarlatine, paraît dépendre de troubles gastro-intestinaux et a guéri par un traitement dirigé contre eux. LEFLAIVE.

Sur l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée maremmatique chez les enfants, par MONCORVO (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, 1890).

L'entérite est un des symptômes les plus fréquents et les plus rebelles de la malaria infantile. Après avoir essayé pour la combattre les lavages antiseptiques de l'intestin (lavements boriqués, à la créoline), l'administration de la naphtaline, du naphtol, etc., Moncorvo a eu recours au salol et en a obtenu les plus heureux effets dans une quarantaine de cas. Il l'administre concurremment avec la quinine à la dose de 15 centigrammes à 2 grammes par 24 heures, suivant l'âge et la gravité des cas. Le flux intestinal se modère très rapidement, les selles perdent leur odeur fétide, les coliques et les vomissements disparaissent. L'ac-

tion a été constante et très rapide dans les 27 observations qui sont relatées dans ce travail. (Voy. *R. S. M.*, XXXIII, 82.) A. CARTAZ.

Varicellen mit Synovitis complicirt, par LAUDON (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 26, *p.* 567, 1890).

Un garçon de 4 ans, atteint de varicelle en apparence bénigne, est pris, au moment où une partie de l'éruption guérit, de fièvre vive, de sueurs et de douleurs au coude droit. Cette articulation se tuméfie, elle se remplit de liquide ; on pense, en la voyant, à la tumeur blanche du coude. L'auteur fait donc le diagnostic de synovite. Application de glace. Appareil inamovible en plâtre. Quand la fièvre disparaît, appareil compressif. Guérison en quelques semaines.

L'enfant n'avait eu, précédemment, aucune manifestation scrofuleuse.

L. GALLIARD.

Vaccine généralisée suivie de mort, par GAUCHER (*Soc. de Derm.*, *décembre* 1890).

Enfant d'un mois, vacciné à la génisse ; il avait à chaque bras trois pustules qui furent excoriées. Le neuvième jour, éruption généralisée de pustules ombiliquées qui s'étendent en des points que le grattage n'a pu atteindre, en sorte que l'auteur admet que cette généralisation de la vaccine est due à une infection générale. L'enfant a succombé et l'autopsie a montré des lésions de maladie infectieuse : grosse rate, foie gras, congestion des poumons et des reins. F. BALZER.

Di una non rara causa di morte imprevista di bambini, par GUAITA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *fasc.* 4, 1890).

L'auteur a observé six cas de mort chez des jeunes enfants affectés d'eczéma impétigineux. Il croit que la mort est due à la néphrite parenchymateuse, comme l'a pensé également Ferreira. Cet auteur a rapporté deux cas de mort dans les mêmes circonstances. F. BALZER.

I. — Du rhumatisme noueux chez les enfants, par S. PERRET (*Lyon méd.*, 28 *décembre* 1890).

II. — Du rhumatisme noueux chez les enfants, par DIAMANTBERGER (*Thèse de Paris*, 1890).

I. — Fillette de 10 ans. Début des arthralgies vers 7 ans. Actuellement nouures aux articulations métacarpo-phalangiennes, déviation en dehors du gros orteil, tuméfaction des vertèbres cervicales. Souffle mitral.

P. insiste à propos de ce cas sur les différences des manifestations chez l'adulte et chez l'enfant. Chez ce dernier, les déformations sont moins accusées, l'atrophie moindre, l'amélioration est plus fréquente et la guérison même possible. A. C.

II. — Le rhumatisme noueux est une affection rare chez les enfants ; l'auteur en rapporte ou résume 38 observations ; on ne le voit pas avant 2 ans accomplis, et il se présente avec une égale fréquence de 2 à 15 ans ; chez les enfants, comme chez les adultes le sexe féminin est touché bien plus souvent, 69 0/0. Le rôle étiologique de l'hérédité est incontestable, qu'il s'agisse d'une transmission directe, ou de la prédisposition diathésique. Les mauvaises conditions d'hygiène, froid, humidité, misère, etc., jouent un rôle considérable dans l'éclosion de la maladie.

On rencontre chez l'enfant non seulement le rhumatisme polyarticulaire noueux, mais encore la forme partielle et les nodosités d'Heberden. Souvent le développement est rapide ; d'ailleurs les déformations, les complications, les troubles trophiques sont les mêmes que chez l'adulte. Le pronostic est beaucoup plus favorable ; à l'aide de l'hygiène, des massages, de l'électricité, de bains sulfureux et d'un traitement général approprié, on peut améliorer et même guérir les enfants. H. L.

Eine interessante Hausepidemie (Singulière épidémie de maison), par L. APPERT (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 8, p. 258, 15 avril* 1890).

Famille de 11 personnes, agglomérée dans un logement petit et très humide. Dans l'espace d'une semaine du mois de mai, sur les 9 enfants, 7 sont tombés malades :

1° Edouard âgé de 3 ans, érythème noueux et bronchite. La fièvre, dont le maximum est de 40° dure 3 semaines.

2° Othon âgé de 5 ans, érythème noueux, bronchopneumonie et pleurésie. La fièvre, qui a duré 5 semaines, a dépassé 40°.

3° Anna, âgée de 6 ans, érythème noueux, pneumonie du lobe supérieur droit et pleurésie exsudative droite. A la fin du 4e septenaire, il n'y avait plus trace ni de la pneumonie, ni de la pleurésie, l'érythème noueux était en voie de disparition, mais la fièvre resta considérable, avec délire le soir, durant 2 semaines encore. Dans les 3 derniers septenaires, la fièvre avait le type typhoïdique pur. La température maxima a été de 41°, 4.

4° Ida, âgée de 9 ans, fièvre typhoïde : température montant progressivement jusqu'à 41°, épistaxis, diarrhée sanguinolente dans la 3e semaine, sensibilité iléo-cœcale, météorisme, taches rosées, hypertrophie de la rate, bronchite. La fièvre dure 4 semaines : elle laisse un amaigrissement et un affaiblissement considérables ; convalescence extrêmement longue. Pas de nodosités d'érythème dans ce cas.

5° Eugène, âgé de 11 ans, fièvre typhoïde et érythème noueux ; mêmes symptômes de dothiénentérie que chez la précédente, même durée de la fièvre dont le maximum est de 41°. Mais les 4 membres, surtout au niveau des avant-bras et des jambes, étaient le siège d'un érythème noueux.

6° Paul, âgé de 15 ans, érythème noueux affectant la marche d'une fièvre intermittente quotidienne, dont l'accès est chaque jour d'une heure en avance. Le matin, apyrexie presque complète; l'après midi, violent frisson avec fièvre s'élevant jusqu'à 41°. Nombreuses nodosités et élevures ortiées sur les quatre membres. Guérison en 4 jours par la quinine à hautes doses.

7° Auguste, âgé de 2 ans, érythème noueux, bronchite et diarrhée. La maladie dure 3 semaines; 6 mois plus tard, mort par méningite tuberculeuse.

J. B.

Sur un cas d'adénie infectieuse causé par le staphylococcus pyogenes aureus par LANNOIS et G. ROUX (*Lyon méd., 24 août* 1890).

Enfant de 8 ans, entré à l'hôpital pour de l'adénie. Ganglions hypertrophiés au cou, à l'aine, etc., amygdales hypertrophiées, rate volumineuse. Peu après son entrée, l'enfant est pris de fièvre, de dyspnée; production de pétéchies et de purpura, mort avec des signes d'infection générale. Le sang ne révélait pas de leucocythémie.

A l'autopsie, pas traces de tuberculose; ganglions rouges, sans dégénérescence avec petits foyers inflammatoires. Dans les deux poumons, série de granulations blanchâtres, entourées d'une zone d'hémorragie récente. Il s'agit d'infarctus et de petits abcès miliaires. Reins avec taches hémorragiques.

Les cultures du sang et des fragments de ganglions ont montré qu'il s'agissait d'une adénie infectieuse causée par le staphylococcus pyogène aureus, mais avec des caractères de virulence plus faible, et un pouvoir chromogène atténué. A. CARTAZ.

Myosites rubéoliques, par GAUCHER et MARIAGE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *juin* 1890).

Les myosites, rares à la suite des maladies infectieuses, n'ont jamais été signalées dans la rougeole.

Il s'agit d'une fillette de sept ans, qui eut, en septembre 1888, une rougeole classique ; aussitôt après l'éruption elle fut prise de torticolis avec douleur du côté gauche ; puis, en novembre, elle se mit à boîter de la jambe droite, le mollet se fatiguait vite et peu à peu gonfla notablement. En avril 1889, Gaucher constata que le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien gauche formait une bride très dure limitant les mouvements de la tête ; le reste du muscle était atrophié. Au mollet droit il y avait hypertrophie des faisceaux et du soléaire (3 cent. 1/2 de différence avec le mollet gauche), avec augmentation de la consistance ; le tendon d'Achille était tendu et le pied ne pouvait dépasser l'angle droit dans le sens de la flexion. La peau et les vaisseaux étaient intacts. L'électrisation faradique donne une contraction égale des deux côtés. H. LEROUX.

Report of two cases of death in young children during the administration of chloroform, par H. SHERMAN et GIBNEY (*New York med. record, p.* 289, *mars* 1890).

1° Enfant de 5 ans chloroformé pour le curetage de trajets fistuleux tuberculeux; près de la fin de l'opération, on redonne un peu de chloroforme, l'enfant cesse de respirer; on le place la tête en bas, respiration artificielle, etc.; la respiration revient et s'effectue 20 à 30 fois, puis cesse définitivement. L'enfant avait déjà été endormi trois fois et avait eu des accidents légers la troisième fois;

2° Fille de 10 ans endormie pour opérer un spina bifida, dans lequel on injecta le liquide de Morton; l'opération faite et le pansement terminé, les lèvres blanchissent, le pouls est faible. Mort.

L'autopsie montre que l'injection avait pénétré dans la poche, mais non dans le canal vertébral. P. DUFLOCQ.

Hématurie chez un nouveau-né, par HUE (*La Normandie médicale*, 1er *mai* 1890).

Enfant, né à terme, du poids de 3,500 grammes. Le lendemain de la naissance, on constate sur les linges une tache de sang, qui paraît provenir de la verge. Dans la nuit du deuxième et du troisième jour l'enfant urine en une fois du sang pur et en notable abondance. Cette hématurie se répète en diminuant les deux jours suivants, puis disparaît pour ne plus se renouveler. Aucun accident dans la suite. OZENNE.

Ostéomyélite multiple chez un nouveau-né, par MAURIN (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 304, 20 *juin* 1890).

M... a observé un nouveau-né qui, indemne de tout antécédent syphilitique ou tuberculeux, a eu peu de jours après sa naissance un abcès simulant une dacryocystite, puis des abcès multiples auxquels il n'a pas tardé à succomber. L'autopsie a montré des points multiples d'ostéomyélite, avec

décollement épiphysaire d'une tête humérale et d'une tête fémorale. Il n'y a pas eu d'examen bactériologique. Aucune porte d'entrée n'a été trouvée ; la cicatrisation ombilicale s'est effectuée rapidement ; la mère n'a pas eu d'accidents puerpéraux. A. BROCA.

Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né, et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale. Leurs portes d'entrée, par ALLARD (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans ce travail, qui débute par l'historique de l'infection puerpérale chez la femme et le nouveau-né, Allard rappelle les différentes découvertes bactériologiques qui sont venues prouver qu'en temps d'épidémie puerpérale, la lymphangite, les abcès, l'érysipèle, la phlébite, l'infection puerpérale en un mot relèvent d'une seule et même cause, le streptocoque. En outre, il établit que ce microbe peut être l'agent pathogène de l'ostéomyélite ; c'est ce que l'on a constaté chez des nouveau-nés dont les mères avaient présenté des accidents puerpéraux.

L'origine de cette infection du nouveau-né ou plutôt ses portes d'entrée sont la peau, les muqueuses, le tube digestif et surtout l'ombilic. Comme traitement préventif, il faut éviter l'encombrement des malades et appliquer sur le cordon des pansements antiseptiques, secs de préférence. OZENNE.

Exostoses ostéogéniques ou de croissance multiples, par LEGROUX (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *juillet* 1890).

Il s'agit d'une fillette de 9 ans, ne présentant aucune tare héréditaire appréciable, chez laquelle Legroux a trouvé plus de 50 exostoses de croissance, formant des saillies variables du volume d'une grosse noix, à celui d'un pois, inégales, rugueuses, formées de pointes mousses. Elles siègent presque toutes sur les extrémités épiphysaires des os longs, ou au niveau des symphyses chondro-costales, ou le long des crêtes de l'os iliaque. Les membres sont particulièrement atteints. Le crâne et la face sont indemnes. Ces saillies auraient commencé à paraître vers l'âge de 2 à 3 ans, et ont toujours été indolentes. En outre, elles sont disposées avec une symétrie presque parfaite, surtout au niveau des genoux. H. L.

I. — Compound depressed fracture of the skull ; operation, recovery (Fracture comminutive du crâne, opération, guérison), par John GORDON (*Brit. med. j.*, *p.* 898, 18 *octobre* 1890).

II. — A case of traumatic hemiplegia, par POORE (*N. York med. journ.*, *p.* 124, 1er *février* 1890).

I. — Un enfant de six ans tombe sur la région pariétale droite et se fait un enfoncement du crâne. Quelques instants après, il vomit, perd connaissance : pupilles dilatées, réflexes lumineux abolis, convulsions de la moitié gauche de la face, et légers mouvements convulsifs du bras gauche, qui s'étendent bientôt à la jambe gauche et persistent sans rémission. Visage vultueux, râles thoraciques, menaces d'asphyxie.

Opération d'urgence. La plaie, mise à nu, montre une dépression circulaire du pariétal droit et plusieurs fragments d'os qu'en enlève assez facilement. Malgré cela, les convulsions persistent aussi intenses jusqu'au moment où l'on donne du chloroforme à l'enfant, non pour l'anesthésier, car il est insensible, mais pour supprimer l'excitabilité corticale. Les spasmes disparaissent en effet. Pansement antiseptique : guérison en 15 jours. H. R.

II. — Fille de trois ans amenée au mois de septembre 1887. On raconte qu'à la suite d'une chute, à l'âge de 11 mois, elle a été malade longtemps, d'abord hémiplégique, puis présentant une monoplégie du membre supérieur gauche. Ce membre est contracturé; il n'y a pas d'atrophie musculaire. Intelligence retardée. On constate une dépression du pariétal droit, au niveau du sillon de Rolando, et les parties molles sont soulevées par des pulsations.

Opération le 12 janvier 1889. On découvre une cicatrice sous laquelle existe une sorte de petit kyste à contenu séreux, lequel repose probablement sur la dure-mère. On ne trouve pas de fragment osseux à extraire. La substance cérébrale n'est pas mise à nu. Suture et drainage de la plaie. Les jours suivants la plaie fournit un peu de pus. A plusieurs reprises, elle a de la contracture et des convulsions, mais le résultat définitif est favorable. La monoplégie disparaît en partie. L. GALLIARD.

Fibro-adénome de la langue chez un enfant, par P. HEYMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 412, et n° 20, p. 455, 5 et 19 mai* 1890).

Garçon de 6 ans qui a toujours ronflé très fort et parle encore très peu distinctement. Cependant il n'y a que quelques semaines que les parents ont reconnu l'existence d'une tumeur dans la bouche. Cette tumeur, qui a la grosseur d'une petite noix, occupe la partie postérieure de la langue, sans s'étendre jusqu'à la base proprement dite de l'organe. Elle a la forme d'un champignon, c'est-à-dire qu'elle se rétrécit à la base. Sa surface est lisse, et elle paraît composée de lobules.

L'ablation avec l'anse galvanocaustique a montré qu'il s'agissait d'un fibroadénome. J. B

Observation de péritonite purulente à pneumocoques, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hopitaux*, 23 *mai* 1890).

S. âgée de 8 ans, d'une bonne santé habituelle, est prise tout à coup pendant un déjeuner, d'accidents abdominaux graves, douleurs à la région inguinale droite, vomissements répétés, état quasi syncopal; l'état s'aggrave et le lendemain 20 mai on note le facies hippocratique très accusé; il y avait eu quelques évacuations alvines glaireuses, un peu sanguinolentes. Pas de ballonnement marqué du ventre, qui était très douloureux; le lendemain les symptômes s'amendèrent peu à peu, vomissements plus rares, ventre moins douloureux, le pouls de 140 tombe à 104, la température oscille entre 38° et 39°; de plus la douleur était moins localisée à droite et il y avait matité et résistance dans la région sous-ombilicale. Le 4 juin l'existence d'une collection liquide était évidente, et surtout du côté gauche de l'abdomen, la fièvre était tombée; le ventre à l'ombilic mesurait 63 centimètres; le 22 juin il en mesurait 69 et on voyait auprès de l'ombilic la peau rougie un peu saillante; le 25 juin on retira 4 litres de pus contenant uniquement des pneumocoques; dès le lendemain le ventre ne mesurait plus que 56 centimètres; le pus coulant peu à peu par l'orifice de la ponction, on pratiqua le 8 juillet l'incision du ventre, la poche fut vidée, lavée au chlorure de zinc; quinze jours après l'enfant était guérie. H. L.

De l'hypertrophie congénitale partielle, par REDARD (*Archives de médecine, janvier* 1890).

L'auteur rapporte deux observations d'hypertrophie congénitale partielle et les fait suivre des réflexions suivantes :

Sous les deux cas, l'affection est manifestement congénitale. L'hypertrophie siège sur les membres inférieurs, principalement au niveau des

pieds, mais elle atteint aussi le tronc et la poitrine. Elle est surtout marquée à droite, comme cela avait été noté dans la plupart des observations publiées.

Tous les tissus participent à l'accroissement en longueur et en épaisseur, le tissu graisseux pouvant être en excès.

La température locale est notablement plus élevée du côté de l'hypertrophie.

De toutes les théories proposées pour expliquer cette singulière affection, Redard croit que c'est la théorie lymphatique qui explique le mieux la nature des lésions. RICHARDIÈRE.

Arthritis complicating vulvo-vaginal inflammation in children, par KOPLIK (*N. York med. journ.*, *p.* 678, 21 *juin* 1890).

Chez deux fillettes de 5 et 3 ans, atteintes de vulvo-vaginite, l'auteur a constaté du rhumatisme polyarticulaire avec fièvre, gonflement, douleur vive des jointures. Les deux enfants avaient depuis 15 jours un écoulement purulent dans lequel on a vu les diplococci intracellulaires correspondant à la description des gonococci de Neisser. Il s'agit donc bien là de rhumatisme blennorragique. Les malades ont guéri assez rapidement. L'une des deux a contracté ensuite une conjonctivite blennorragique.

L'auteur n'a pas touvé dans la littérature médicale de cas analogue. Cependant on a observé déjà chez des nourrisons le rhumatisme coïncidant avec l'ophtalmie blennorragique (cas de Wiederhofer).

L. GALLIARD.

Lithopalaxy in male children and boys, par KEEGAN (*Lancet*, *p.* 715, 4 *octobre* 1880).

Keegan a pratiqué, de décembre 1881 à avril 1890, 160 lithopalaxies chez de jeunes garçons. Il n'a perdu que 7 opérés, soit une mortalité de 4,37 0/00. L'opération a pu être appliquée à des calculs volumineux, pesant jusqu'à 30 et 40 grammes. Les suites opératoires sont des plus simples, et quelques jours de traitement consécutif ont toujours suffi.

A.-F. PLICQUE.

De la tuberculose testiculaire chez les enfants, par JULLIEN (*Archiv. de méd.*, *avril* 1890).

Les manifestations tuberculeuses des organes génitaux ne sont pas très rares chez les enfants. Sur 5,566 examinés à la consultation de l'hôpital Trousseau, Jullien en a observé 17 cas; 6 enfants avaient moins d'un an; 6 avaient de 1 à 2 ans; 8 avaient de 2 à 13 ans. La plupart des enfants observés présentaient d'autres manifestations tuberculeuses.

Le début de la tuberculose testiculaire des enfants peut être lent ou rapide sous forme d'orchite tuberculeuse.

Jullien a pu suivre 9 de ses malades; chose intéressante, ses 9 malades ont résisté à la tuberculose et ont guéri. En cas de guérison les produits tuberculeux sont éliminés par des fistules cutanées. Quelquefois le testicule se résorbe, disparait sans ouverture de la peau.

RICHARDIÈRE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Sur une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse, par HALLOPEAU et GOUPIL (*Annales de Derm., novembre* 1890).

Les caractères cliniques des lymphangiectasies tuberculeuses peuvent être résumés ainsi qu'il suit : apparition autour d'une extrémité osseuse, d'abord d'une tuméfaction diffuse, puis de saillies, les unes isolées, les autres disposées en bourrelets plus ou moins volumineux dont l'aspect rappelle les varicosités de certaines phlébites. Ces saillies donnent issue à un liquide qui offre les caractères de la lymphe pure ou mélangée de pus, parfois abondante. Des saillies semblables se développent en série ascendante sur le trajet des lymphatiques; il s'y ajoute parfois des nodosités gommeuses qui peuvent également s'ouvrir, mais dont l'orifice ne présente pas cette saillie tubéreuse qui caractérise les lymphangiectasies fistuleuses. Il est au contraire le plus souvent déprimé; les parties malades sont tuméfiées et indurées; elles présentent une couleur rouge sombre ou violacé; une induration se produit sur le trajet des lymphatiques. Il est très probable que les lymphangiectasies succèdent à des lésions osseuses, bien que la démonstration n'en soit pas encore complète. Le bacille de la tuberculose et divers microbes pyogènes sont les facteurs de la suppuration. Le mode de développement de ces lymphangiectasies n'a pu être encore déterminé. L'écoulement d'une quantité assez considérable de lymphe et les suppurations qui se produisent aggravent le pronostic. L'introduction de flèches de Canquoin suivant la méthode de Laillier, les pansements à l'iodoforme, les injections de vaseline iodoformée sont les meilleurs moyens de traitement jusqu'ici.

F. BALZER.

Diffuse Lymphangiectasie der äusseren Genitalien und ihrer Umgebung, par KAST (*Deutsche med. Woch., n° 42, p.* 927; 1890).

Femme de 23 ans, ayant eu dans l'enfance des ganglions tuméfiés, atteinte en 1887 de gonflement indolent des organes génitaux externes. A la fin de 1887, infiltration érysipélatoïde de la peau de la cuisse droite avec fièvre (38° à 39°) et extension à la jambe et même au pied.

A la suite, gonflement des 2 cuisses et suintement des organes génitaux. En 1888, traitement mercuriel sans résultat.

En janvier 1890, la grande lèvre gauche a acquis un volume double du volume normal, elle est élastique et non indurée, même augmentation de volume du mont de Vénus et de la région antéro-interne de la cuisse gauche. La peau n'est pas rouge, pas douloureuse à la palpation. La grande lèvre droite est moins tuméfiée que la gauche.

Les deux grandes lèvres sont semées, sur toute leur surface, de vésicules grosses comme des têtes d'épingle ou des lentilles, d'où s'échappe un liquide

clair, nettement alcalin et albumineux. La lymphorrée n'a lieu que quand la malade se repose.

Ganglions inguinaux normaux; les autres ganglions sont petits. Au repos, l'état général de la malade est satisfaisant. L. GALLIARD.

Un cas d'éléphantiasis nostras symétrique du pied et de la jambe, par SOUQUES (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, n° 6, p.* 281; 1390).

Observation d'une malade atteinte depuis une dizaine d'années de déformations œdémateuses localisées au pied, au cou-de-pied et à une partie de la jambe, sans traces d'inflammation ancienne ou d'ulcérations. Au niveau des régions œdématiées la sensibilité est altérée; le contact, la piqure, le chaud et le froid sont normalement perçus, mais il existe une douleur que la moindre pression exaspère. Ces douleurs se calment lorsque la malade reste immobile, sans disparaître cependant. Impotence absolue. L'examen des divers viscères, l'examen des urines ne révèle rien d'anormal.

Cet œdème éléphantiasique s'est établi lentement, à la suite d'une série de paroxysmes successifs; il a été primitivement unilatéral; actuellement il est bilatéral, avec prédominance cependant du côté droit; comme particularités intéressantes, il convient de mentionner l'existence des douleurs spontanées et provoquées et l'absence d'adénopathie. G. LYON.

Examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques, par LE DENTU (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 *août* 1890).

L'examen histologique du testicule, chez un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum, a fourni les résultats suivants : il existe une sclérose, qui a envahi toutes les couches du scrotum depuis la peau jusqu'à l'albuginée inclusivement, en atteignant l'épididyme à un haut degré.

Cette sclérose est caractérisée par l'existence d'un grand nombre de lymphatiques dilatés à parois épaissies; dans le voisinage des petits lymphatiques on constate de véritables infarctus de leucocytes. Sur d'autres points ces leucocytes forment des traînées entre les faisceaux de tissu fibreux et revêtent l'aspect de cellules plates. Les artérioles sont atteintes d'endartérite. Les papilles de la peau, infiltrées de leucocytes, sont hypertrophiées, et à leur base se voient des lacunes lymphatiques. Au-dessous de la couche dartoïque se voient d'épaisses travées fibreuses hyalines.

Au voisinage du testicule, occupant la place de la vaginale qui a disparu, existent un grand nombre de kystes, du volume d'un œuf de pigeon et à parois épaisses, tapissées d'un épithélium pavimenteux.

L'albuginée a une épaisseur de 4 à 12 millimètres; elle est constituée par un tissu fibreux renfermant par places des lymphatiques dilatés et des foyers de cellules migratrices.

L'épididyme est le siège principal de la sclérose; le testicule est relativement sain, les canaux du corps d'Highmore étant toutefois comprimés, et dans le voisinage de cette région on peut voir la sclérose envahir à un léger degré les tubes séminifères. En résumé ces dilatations lymphatiques et ces néoformations conjonctives, portant sur les enveloppes et l'épididyme sont les mêmes lésions que celles décrites dans l'éléphantiasis des Arabes. OZENNE.

Hydradénome compliqué d'épithéliome vulgaire, par HALLOPEAU (*Soc. de Derm.*, *novembre* 1890).

Ce malade depuis son enfance présente des tumeurs multiples localisées aux paupières, arrondies, jaunâtres. A l'angle interne de l'œil gauche une de ces tumeurs présente manifestement une apparence épithéliomateuse. D'après Darier, qui a fait l'examen histologique, le point de départ de ces

tumeurs doit être recherché dans des débris épithéliaux d'origine embryonnaire; dans ce cas les fibres élastiques sont altérées, renflées et fragmentées en bâtonnets, blocs et granulations. L'affection a été traitée par des applications d'acide lactique au 1/15e et au 1/20e. F. BALZER.

I. — Psorospermose folliculaire végétante, par WEISS (*Journ. of cut. and genit. urin. dis., décembre* 1890).

II. — On psorospermosis follicularis, par LUSTGARTEN (*Ibidem, janvier* 1891).

III. — Psorospermosis, par PIFFARD (*Ibidem, janvier* 1891).

I. — L..., âgé de 49 ans, a été vu par l'auteur en 1881, présentant une éruption qui fut considérée comme un exemple de lichen ruber de Hebra, sur la poitrine et le dos. Les parties étaient couvertes de petites papules finement écailleuses. Cette éruption se généralisa. Le malade examiné par plusieurs éminents dermatologistes fut considéré comme atteint de lichen ruber de Hebra. Avec le temps, l'aspect de l'éruption se modifia pour prendre par places l'aspect de l'eczéma séborrhéique. Sur le dos l'aspect lichénoïde est conservé. L'auteur pensa qu'il s'agissait d'un cas de psorospermose folliculaire végétante de Darier et l'examen histologique fait par Lustgarten a vérifié cette hypothèse. Il est probable que les psorospermies ont causé la maladie, bien qu'on n'en ait pas la preuve absolue.

II. — L'auteur rapporte dans ce travail l'examen histologique du cas de Weiss. Il donne la description des psorospermies avec de nombreuses figures. L'une d'elles contient un corps vermiforme recourbé au milieu de son noyau, fait à noter, car jusqu'ici on n'a pu étudier la transformation de ces psorospermies chez l'homme. Dans l'examen histologique, Lustgarten insiste sur le développement considérable de l'épiderme. Les glandes ne contiennent pas de psorospermies; celles-ci sont visibles au contraire dans les cônes interpapillaires. Il n'en existe pas dans le derme.

III. — Piffard accepte difficilement que les psorospermies puissent être considérées comme cause de maladies aussi dissemblables que le molluscum contagiosum, la maladie de Paget, le lichen plan et la psorospermose de Darier. Il a étudié à la lumière polarisée : 1° les coupes de la peau d'un malade qu'il avait considéré comme atteint de lichen ruber et qui a été considéré par Lustgarten comme un cas de psorospermose de Darier (Congrès de Berlin, 1890); 2° des coupes d'épithélioma perlé; 3° des coupes de molluscum contagiosum. En ce qui concerne ces coupes de molluscum, colorées par l'acide picrique, l'auteur conclut de son examen que les corpuscules du molluscum ne sont pas des psorospermies ni des parasites animaux, mais sont dus à une dégénération cornée des cellules. Il est porté à adopter une opinion analogue pour l'épithélioma perlé et la maladie de Paget, et même pour la maladie de Darier; il admettrait plutôt des dégénérations cellulaires que des parasites animaux pour ces maladies. F. BALZER.

Acnitis et folliclis, par BARTHÉLEMY (*Annales de Derm., n° 1*; 1891, *et Soc. de Derm., n° 5*; 1890).

L'auteur propose ces dénominations nouvelles pour désigner deux variétés de folliculite dont il donne la description clinique et anatomique.

L'acnitis est caractérisée par une petite nodosité, dure, indolore,

paraissant sous-cutanée, qui finit par atteindre le volume d'un petit pois et dont la durée est d'environ un mois, savoir : 10 à 12 jours d'accroissement, 3 ou 4 jours de suppuration, 10 jours pour la dessiccation. Ces nodosités envahissent d'abord la face, puis descendent sur les autres parties du corps, par poussées successives. La maladie dure 10 à 12 mois et se termine par la guérison, à laquelle contribue surtout le traitement tonique. La lésion, comme l'a montré Darier, se forme autour des appareils pilo-sébacés ; c'est une périfolliculite. Plusieurs follicules sont atteints et leur confluence constitue un nodule qui est finalement évacué au dehors. L'examen bactériologique n'a pas donné jusqu'ici de résultats concluants.

La folliclis est chronique, rebelle, évolue par années et récidive fréquemment. La lésion est dermique, d'abord papuleuse, puis pustuleuse, ombiliquée et enfin croûteuse ; elle laisse une cicatrice pigmentée. Pour Jacquet, il s'agirait d'une périfolliculite provoquée par une malformation pilaire amenant secondairement la dégénérescence vitreuse des épithéliums et probablement la nécrose, l'élimination du territoire vasculaire affecté. F. BALZER.

Zwei Fälle von Pemphigus vegetans (Erythema bullosum vegetans d'Unna), par C. MÜLLER (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, Band XI, n° 10*).

L'étude histologique des lésions que l'on rencontre dans les deux stades érysipélato-bulleux et condylomateux de cette maladie a donné à l'auteur les résultats suivants :

Dans le premier stade, le corps papillaire a entièrement disparu; la limite entre l'épiderme dégénéré et le derme est occupée par une couche épaisse de cellules migratrices; le derme est considérablement tuméfié, et ses vaisseaux sont colossalement dilatés; on y constate la dilatation des fentes lymphatiques et de la portion sécrétoire des conduits sudoripares.

Dans le deuxième stade, la surface végétante s'est recouverte d'épiderme; les cellules épidermiques sous-jacentes sont en active prolifération; des traînées épidermiques pénètrent dans le derme à une profondeur cinq ou six fois plus grande qu'à l'état normal et s'y divisent en papilles minces et allongées; ces traînées sont souvent contournées en spirales; de larges espaces lymphatiques se sont développés entre le derme et l'épiderme; on voit dans l'épiderme des amas de cellules migratrices sans exsudat liquide. Dans le derme, les vaisseaux sanguins et lymphatiques du corps papillaire sont énormément dilatés; le tissu est infiltré par de nombreuses cellules rondes; dans la partie sous-jacente au derme, les lésions occupent surtout les glandes sudoripares; le tissu cellulaire qui les entoure est œdématié et, par places, d'aspect gélatiniforme; leurs cellules ont proliféré et remplissent la lumière de leurs conduits dilatés. Les vaisseaux de la couche profonde du derme et du tissu sous-jacent sont enflammés; beaucoup d'artérioles et de veinules sont oblitérées. L'auteur considère ces lésions comme caractéristiques si on les considère dans leur ensemble. H. HALLOPEAU.

Contributo allo studio della epidermolysis bullosa hereditaria di Köbner, par BONAIUTI (*Il Morgagni, décembre* 1890).

Bonaiuti a observé chez un homme de 22 ans la production de bulles sous l'influence des pressions et des frictions les plus légères, surtout pendant l'été. Ces phénomènes se produisaient depuis l'enfance, et, sur 63 membres de la famille répartis sur cinq générations, 31 (16 hommes et 15 femmes) le présentaient à un degré plus ou moins accusé. L'affection débutait dans l'enfance puis diminuait d'intensité vers 45 ans pour cesser complètement dans la vieillesse. Elle avait, d'ailleurs, une intensité variable suivant les sujets. Des faits analogues ont été observés par Goldscheider, Valentin, Köbner, M. Joseph. GEORGES THIBIERGE.

Recherches microbiennes sur quelques éruptions vésiculeuses et bulleuses, par BOINET (*Annales de Derm., novembre* 1890).

L'auteur conclut des recherches faites par d'autres auteurs et des siennes que les propriétés pathogènes des microbes contenus dans les vésicules de zona ne sont pas encore établies expérimentalement. Ces microbes sont des microcoques isolés ou en chaînettes. Ils n'existent que dans la zone où se trouve l'éruption; on ne les trouve pas dans le sang.

Dans deux cas d'éruptions bulleuses liées à la pyémie, l'auteur n'a constaté que la présence du microbe de cette infection générale.

F. BALZER.

Ueber Urticaria im Säuglings und Kindesalter (De l'urticaire chez les jeunes enfants), par Colcott FOX (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., Band X, n° 12, et Band XI, n° 1*).

Cette maladie n'a pas été suffisamment décrite jusqu'ici; elle est digne d'intérêt en raison de sa chronicité, des difficultés que présente son diagnostic et des interprétations diverses qu'en ont données les auteurs.

Ce qui la distingue surtout de l'urticaire des adultes, c'est qu'il se développe au milieu de chaque plaque ortiée une lésion inflammatoire qui persiste après sa disparition. Cette lésion est le plus souvent une papule; elle peut consister également en une vésicule, une pustule ou une bulle; on peut voir chez certains sujets se succéder ces différentes formes éruptives.

Le *lichen urticatus* de Bateman, le *prurigo varicelle* d'Hutchinson, le *prurigo infantile* d'autres auteurs anglais, beaucoup des éruptions papuleuses, vésiculeuses et pustuleuses qui surviennent après la vaccination et le *strophluus pruriginosus* de Hardy doivent être rattachés à cette urticaire infantile.

La maladie se développe chez les petits enfants dont le système nerveux et le tégument externe sont très excitables; elle survient souvent à la suite de troubles digestifs; toutes les influences qui peuvent irriter la peau, telles que les piqûres d'insectes, le contact de vêtements grossiers, etc., peuvent en être la cause occasionnelle; elle se développe assez fréquemment après la vaccination, plus rarement à la suite d'une varicelle, d'une rougeole ou d'une scarlatine, sans avoir de rapports directs avec ces maladies.

Elle dure des mois et des années ; les éruptions sont plus fréquentes pendant la saison chaude ; souvent on la voit s'atténuer ou disparaître pendant l'hiver pour se manifester de nouveau au printemps.

La maladie est confondue fréquemment avec la gale ; sa forme vésiculeuse peut faire croire à une varicelle, sa forme pustuleuse à une variole.

Il y aura lieu de rechercher si elle peut se transformer en prurigo de Hebra, ou si les deux éruptions, malgré les difficultés que présente leur distinction chez les jeunes sujets, appartiennent à deux types différents.

H. HALLOPEAU.

Voyages chez les lépreux, par ZAMBACO-PACHA (1 *vol. Paris*, 1891, *avec une carte.*)

La question de la contagiosité de la lèpre reste indécise malgré les nombreuses publications qui ont vu le jour dans ces dernières années. Zambaco, pour la résoudre, a voulu s'adresser à l'observation clinique. De là ce récit de voyages chez les lépreux. Par une enquête dans les principaux sièges de la lèpre en Orient, Zambaco a corroboré l'opinion qu'il professait déjà de la non-contagiosité de la maladie. Il vient aujourd'hui l'appuyer sur un nombre imposant de faits et la proclamer au nom de l'humanité. On n'isole pas, dit-il, des maladies dont la contagiosité immédiate ou prochaine est indiscutable, et l'on sonne l'alarme pour la lèpre dont la contagiosité est à démontrer, dont l'incubation se prolonge pendant plusieurs années. Il fait appel au moins à la modération en ce qui concerne les mesures d'exception et même de persécution qui ont été le résultat des idées de contagiosité répandues dans les populations. C'est un véritable pèlerinage humanitaire qui a été accompli par Zambaco en Égypte, en Palestine, dans l'Archipel, en Asie Mineure, en un mot, dans presque tout l'Orient.

Les lépreux sont surtout nombreux en Grèce et en Turquie. Dans toutes les localités qu'il a traversées, l'auteur n'a pu rencontrer un cas démonstratif de la contagiosité de la lèpre. Il a partout, au contraire, constaté de nombreux cas où la promiscuité la plus complète, voire la cohabitation matrimoniale, n'ont pas été suivies de la transmission de la maladie. La misère, la saleté jouent un rôle important dans l'étiologie, mais les faits recueillis par Zambaco, les dépositions des médecins ou des administrateurs des localités lépreuses, plaident avant tout pour la transmission par hérédité. La lèpre disparaîtra, dans les pays infectés, par les progrès de l'hygiène et surtout par l'interdiction du mariage des lépreux. Nous ne pouvons que signaler les observations nombreuses recueillies par Zambaco et qui plaident en faveur de la non-contagiosité, L'histoire de la léproserie de Scutari est des plus intéressantes à ce point de vue. Pas une des nombreuses personnes qui ont fréquenté les lépreux, dit l'auteur, et vécu longtemps au milieu d'eux, pas une femme vivant maritalement avec son mari lépreux, lors même qu'elle aurait mis au monde des enfants lépreux, pas un mari sain cohabitant avec son épouse lépreuse, n'a contracté la lèpre. Telles sont les conclusions générales de cet ouvrage intéressant qui ne peut manquer de fixer vivement l'attention de tous les observateurs.

F. BALZER.

La lèpre au point de vue de la contagion, par MÉNOS (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur est contagionniste. Il examine d'abord les preuves tirées des faits bien avérés de transmission de la lèpre à des individus sains originaires de pays où la lèpre est endémique ou non endémique.

Il existe des faits dans lesquels des individus issus de parents sains ont été contagionnés par la vaccination. Il s'appuie enfin sur l'étude des épidémies, des tentatives d'inoculation et sur celle du bacille lépreux. La maladie est pour lui parasitaire, contagieuse, inoculable, héréditaire. L'autorité compétente doit faire prendre contre elle les mesures commandées par l'hygiène publique et privée. F. BALZER.

De la lèpre en Nouvelle-Calédonie, par PELTIER (*Thèse de Paris*, 1891).

Cantonnée d'abord parmi les Canaques, la lèpre n'a pas tardé à atteindre l'élément blanc qui est le plus en rapport avec eux, c'est-à-dire les libérés et les condamnés nés en France. Ce fait démontre la contagiosité de la maladie; récemment, elle a même atteint un homme libre qui habitait la Nouvelle-Calédonie depuis quelques années. Parmi les transportés, six sont devenus lépreux. Il faut donc prendre des mesures de préservation, d'autant plus que l'immigration des travailleurs néo-hébridais est reprise. Ces travailleurs doivent être soumis à un examen médical sévère avant d'être admis dans les familles des colons. Il convient d'établir une léproserie avec un laboratoire pour les recherches bactériologiques. F. BALZER.

Della lepra, par VIOTTI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *fasc. III*, 1890).

Cette thèse est basée sur une série d'observations rapportées par l'auteur. Nous signalerons les bons effets obtenus à la clinique de Campana par le traitement local. La chrysarobine appliquée en pommade après avoir produit l'érythème chrysophanique, a hâté la disparition des éléments érythémateux et nodulaires.

Le nitrate d'argent injecté dans les tissus en solution à 1 0/0, produit quelquefois des abcès, mais paraît agir en provoquant la destruction des bacilles qui sont moins nombreux dans les points injectés. Campana donne la préférence à la chrysarobine. F. BALZER.

Huile de Chaulmoogra et acide gynocardique, par ROUX (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur étudie surtout dans sa thèse la séparation des acides qui entrent dans la composition de l'huile de chaulmoogra : acides palmitique, hypogéique, coccinique et gynocardique; ce dernier est le principe actif de l'huile de chaulmoogra. L'auteur donne un procédé pour l'obtenir aussi pur que possible, et un procédé pour reconnaître la pureté des acides de provenances diverses. A la dose de 3 grammes, l'acide gynocardique représente trois fois le maximum d'huile toléré par les malades (250 gouttes). Il excite l'appétit et favorise la nutrition ; la dose primitive ne doit pas dépasser 0 gr. 50. Il donne quelquefois un peu de constipation, moins que l'huile. Son usage prolongé ne présente aucun inconvénient. L'huile de chaulmoogra et l'acide gynocardique produisent d'excellents effets, mais ne guérissent pas définitivement la lèpre.

F. BALZER.

Studii sullo stato anatomico della pelle nello xeroderma, par BRIGIDI (*Giorn. ital. delle mal. vener. Fasc.* 4, 1890).

Dans un cas étudié chez un enfant, l'auteur a constaté un stratum épidermique distinct, dont les couches profondes présentaient un pigment mélanique. En même temps, augmentation de volume des cellules de la couche basale du réseau de Malpighi, avec noyaux en karyokinèse et infiltration de cellules migratrices. Dans le derme, épaississement du corps papillaire, dont les cellules sont volumineuses et pigmentées, les vaisseaux dilatés et enflammés. Des cultures ont donné des colonies rondes, blanchâtres, constitués par des microcoques analogues à ceux qui avaient été constatés dans l'épiderme. L'auteur les considère d'ailleurs comme des saprophytes sans grande signification. F. BALZER.

Contributo sperimentale anatomico-patologico e batteriologico allo studio del mollusco contagioso di Bateman, par STANZIALE (*Giorn. ital. delle mal. vener. Fasc.* 4, 1890).

Le point de départ du molluscum contagiosum n'est pas dans les glandes sébacées, mais bien dans la partie moyenne du réseau malpighien. Il adopte l'opinion de Renaut et croit à une cornification atypique du réseau malpighien et spécialement de la couche granuleuse de Ranvier : les corpuscules du molluscum seraient donc d'origine épithéliale. Il exclut l'origine parasitaire par des grégarines ou des coccidies. Tous les essais de culture sont restés sans résultat. F. BALZER.

Zur Therapie des Lichen ruber, par F. Broes van DORT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 610, 7 *juillet* 1890).

Dans les cas de lichen ruber rebelles aux médications usuelles, Broes van Dort recommande de toucher légèrement chaque papule avec la pointe du thermo-cautère ou mieux avec le galvanocautère. La douleur de cette opération instantanée est insignifiante, il suffit de protéger les parties touchées par une poudre indifférente et généralement les démangeaisons ne reparaissent pas.

Il voit dans l'efficacité de ce flambage une nouvelle preuve de la nature infectieuse du lichen ruber. J. B.

Ueber Arsenmelanose, par Oscar WYSS (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 15, *p.* 473, 1er *août* 1890).

Wyss relate 2 cas de pigmentation cutanée chez des enfants choréiques traités par la liqueur de Fowler. Chez l'un d'eux, la coloration anormale disparut entièrement après la cessation du traitement, mais elle reparut lorsqu'on le reprit pour une récidive de la chorée. Chez l'autre, la pigmentation ne disparut pas aussi complètement, mais elle ne devint pas plus intense quand on refit un nouveau traitement arsenical, également à l'occasion d'une récidive de chorée.

Wyss a pratiqué de nombreuses coupes microscopiques sur des fragments de peau excisés sur l'un de ses malades et sur une de celles de Haffter (*R. S. M.*, XXXV, 217). En voici les résultats : le pigment, dont la couleur est tantôt brun-jaune, tantôt brun-rougeâtre, tantôt brun-noir est déposé, dans les cas récents et légers, sous forme de petits grains

dans les voies lymphatiques des papilles et en moindre abondance dans celles du derme. Dans les cas invétérés et intenses, le pigment est déposé en beaucoup plus grande quantité, souvent en amas volumineux, dans le réseau lymphatique du derme. On le retrouve aussi dans le rete. Les différences d'intensité de la pigmentation sur les diverses régions du corps s'expliquent par leur richesse plus ou moins grande en papilles.

La pigmentation d'origine arsenicale ne saurait être comparée à l'argyrie où il y a réellement dépôt de particules métalliques dans la peau. On doit plutôt la rapprocher de la teinte de la peau dans l'ictère des nouveau-nés, de la coloration cuivrée dans certaines syphilides, du vitiligo, etc. Un élève de Wyss, R. Stierlin, a montré que l'usage prolongé de la liqueur de Fowler, à doses médicinales, réduit le chiffre des globules rouges et de l'hémoglobine. Wyss pense que là est l'explication de la mélanose arsenicale : ce serait la matière colorante du sang, décomposée par l'arsénite de potasse, qui se déposerait sous forme de granules insolubles dans les lymphatiques cutanés. Il reste à expliquer pourquoi cette pigmentation n'est pas constante après un traitement arsenical (*R. S.M.*, XXXIII, 172). J. B.

Delle alterazioni dei follicoli nella depilazione e del modo di rigenerarsi dei peli strappati, par GIOVANNINI (*Giorn. ital. delle mal. vener., fasc.* 4, 1890).

L'auteur insiste, dans la première partie de son travail, sur le mode de karyokinèse des cellules restées dans l'intérieur du follicule pileux après l'arrachement du poil. La paroi du follicule se rétracte, la couche vitrée s'épaissit dans le follicule et sur la papille. Celle-ci s'atrophie ainsi que la paroi du follicule elle-même. Lorsque le follicule arrive aux derniers termes de l'atrophie, la régénération commence, entre le quarante-unième et le soixante-douzième jour après l'épilation. Cette régénération se fait par l'intermédiaire des cellules restées dans l'intérieur du follicule atrophié. La karyokinèse commence au-dessus de l'ancienne papille et bientôt les cellules se disposent en couches à sa surface, constituant le premier germe du poil. L'auteur étudie successivement les phases de son développement, les origines des couches de la gaine interne, de la moelle, le travail de formation de l'écorce, la régénération des parois du follicule, etc. Il insiste sur ce fait que la forme du germe du poil diffère de celle qu'on observe dans l'état embryonnaire et dans la mue. La papille nouvelle se développe sur l'ancienne, tandis que dans la mue, ce fait est encore en discussion. F. BALZER.

Sur un cas d'aplasie moniliforme des cheveux, par HALLOPEAU et LEFÈVRE (*Soc. de Derm., juin* 1890).

Cette altération des cheveux a été déjà étudiée par Laillier et Luce, Lesser, Behrend, mais les cas ne paraissent pas très communs. A l'examen microcospique on constate sur la tige du cheveu une série de rétrécissements au niveau desquels la tige est décolorée et entre lesquels le poil se renfle en forme de fuseau. La substance médullaire du poil manque habituellement. Cette altération des poils s'observe parfois chez des individus atteints d'ichtyose congénitale. F. BALZER.

Contribuzione allo studio del leiomyoma cutis, par A. PASSALACQUA (*La Riforma medica*, 17 *novembre* 1890).

Observation d'une tumeur développée au devant du tiers supérieur du tibia chez une femme de 32 ans ; la tumeur remontait à 12 ans ; elle avait eu d'abord le volume d'une cerise, qui avait atteint celui d'un œuf de poule. Entourée d'une capsule fibreuse qui envoyait des prolongements dans son intérieur, cette tumeur était formée de faisceaux de fibres musculaires lisses entrecroisées et entremêlées d'une petite quantité de tissu conjonctif. Elle était développée aux dépens de la couche musculaire profonde de la peau (myomes dartoïques de E. Besnier). GEORGES THIBIERGE.

Ein neues Salbenconstituens (La molline, comme excipient des pommades), par Julius KUEHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 821, 8 *septembre* 1890).

Avec des pommades à base de molline (*R. S. M.*, XXIX, 73), savon sodo-potassique, Kühn a traité avec succès 20 syphilitiques, 18 psoriasiques, 7 galeux et divers autres malades cutanés. Il reconnaît à la molline, sur les autres excipients, tels qu'axonge, vaseline, lanoline, les avantages suivants : en sa qualité de savon, elle leur est très supérieure dans toutes les dermatoses papuleuses et squameuses. Elle n'exerce jamais d'action irritante sur la peau, s'incorpore très facilement les substances médicamenteuses les plus variées, s'enlève rapidement et complètement par les lavages et ne tache pas le linge.

La seule contre-indication à son emploi (dermatoses aiguës) résulte de sa nature même. J. B.

Zur Kenntniss des Lanolin... (La lanoline comme véhicule des liquides acides et salins), par G. UNNA (*Therap. Monastshefte*, *août* 1890).

Dans le compendieux article d'Unna consacré à l'étude des avantages de la lanoline comme excipient, nous relèverons les points suivants : Dans l'urticaire, les dermatoses avec congestion veineuse, il emploie la pommade suivante : Vinaigre, 40 ; onguent simple, 20 ; lanoline 10 ; camphre, 0,5 à 1. Dans l'eczéma, les dermatites artificielles, les ulcères : solution d'acétate d'alumine, 40 ; onguent simple, 20 ; lanoline, 10. De même la lanoline, en raison de son pouvoir d'absorption pour les liquides et même les gaz, doit être employée dans les formules suivantes : solution de bisulfite de chaux, 40 ; onguent simple, 40 ; lanoline, 10, pour les affections du système pileux ; eau oxygénée, 20 à 40, vaseline, 20, lanoline, 10, pour faire disparaître la « ponctuation » du visage par les comédons, et décolorer certains poils gênants chez les femmes et enfin : lanoline, 10 grammes ; onguent simple, 10 grammes ; solution de chlorure de chaux à 33 0/0 10 grammes ; eau oxygénée, 10 grammes ; soufre précipité, 4 grammes, pour le traitement de l'acné. P. TISSIER.

Die venerischen Krankheiten in den Armeen (Maladies vénériennes dans les armées), par TOPLY (*Archiv f. Derm.*, *XXII*, *Heft* 3, 1890).

Le rapport s'occupe principalement de la période 1873-1882.

La moyenne des vénériens, pendant ce temps, était de 35,4 environ pour mille. Le tableau est le suivant :

Blennorragie.	5,780	pour 100	17,7	pour 1,000 vénériens	499,6
Chancre mou.	3,018	—	9,2	—	260,7
Syphilis. . .	2,774	—	8,5	—	239,7

Ces rapports portent sur l'armée prussienne. Les troupes les plus infectées sont celles qui ont leurs garnisons sur les frontières (Silésie, Prusse orientale, Saxe). Vient ensuite le corps d'armée en résidence à Berlin, puis celui de Posen. Dans le centre, les maladies vénériennes sont plus rares. Les tableaux démontrent que les troupes sont plus atteintes dans les petites villes que dans les grandes.

La syphilis l'emporte en Bavière, la blennorragie en Prusse. En Saxe, la blennorragie est dans le rapport de 7 à 3.

Dans la marine, la situation est plus grave que dans l'armée de terre. Les vénériens sont 139 et même 200 pour 1,000. Les cas de mort sont très rares.

En France, les corps les plus infectés ont été les 16e, 17e, 19e et la garnison de Paris. En 1882, le chiffre des vénériens était dans le rapport de 130 à 100 pour les autres maladies. Le chiffre des maladies est élevé dans les forteresses, notamment à Besançon. La blennorragie et le chancre mou l'emportent de beaucoup sur la syphilis.

En Angleterre, la syphilis faisait jusqu'en 1860 des ravages effrayants dans les garnisons des ports. En 1866, paraît une loi permettant l'arrestation des prostituées malades ou suspectes. L'action salutaire de cette loi se fait immédiatement sentir. Malheureusement, elle est suspendue en 1883, bien que le chiffre des maladies vénériennes fût tombé de moitié. On peut prendre comme exemple la statistique d'un des grands hôpitaux : 1882 : 192,4 ; en 1883, la loi est abolie, 235,5 ; 1884, 322. Les troupes des Indes sont les plus atteintes dans l'armée coloniale.

En Russie, la moyenne des militaires malades est de 40 0/0. Le traitement est fort long, jusqu'à 300 jours.

En résumé, ces statistiques sont effrayantes. Il est à remarquer que l'augmentation de la syphilis dépend beaucoup du milieu civil ambiant : c'est de ce côté que doivent porter surtout les mesures prophylactiques. F. BALZER.

De la syphilis et spécialement de la syphilis tertiaire au point de vue bactériologique, par TOMMASOLI (*Giorn. ital. delle mal. vener., fasc.* 3, 1890).

Dans ce travail, l'auteur fait la critique des opinions émises par Finger sur l'infection syphilitique. Pour Finger, le chancre, les adénopathies dépendent à la fois du virus et des syphilotoxines qu'il produit. Celles-ci produisent les phénomènes généraux d'infection dans les diverses périodes et procurent aussi l'immunité qui sépare ces périodes. Les lésions secondaires dépendent du virus, les symptômes généraux et la dénutrition dépendent de ses produits. Les manifestations tertiaires dépendent aussi des syphilotoxines. Ces distinctions sont contestables, comme aussi l'action spéciale que Finger attribue au mercure sur le virus et à l'iode sur les toxines.

C'est encore par l'action mystérieuse des toxines que Finger explique l'immunité héréditaire en se basant sur les faits suivants : 1° l'immunité pendant la période primaire de la syphilis, alors que le

virus est encore localisé ; 2° l'immunité persistante quand le virus a perdu sa force et même quand il n'existe plus dans le corps ; 3° l'immunité pouvant être transmise indépendamment du virus. La première de ces assertions est fausse ; les autres sont contestables.

Pour Finger, les syphilotoxines donnent l'immunité aux organismes résistants ; elles seules produisent les accidents tertiaires chez les affaiblis et les cachectiques. La rareté de ces accidents, leur marche différente des accidents antérieurs, leur non-virulence, la non-transmissibilité par hérédité, la possibilité de la réinfection, leur impressionnabilité par l'iode, etc.... Tels sont les arguments de Finger. L'auteur les réfute au nom de la clinique et de l'anatomie pathologique qui établissent au contraire les ressemblances de forme et d'évolution qui existent entre les accidents initiaux de la syphilis et les gommes. Un petit nombre de cas montrent également que les accidents tertiaires peuvent être inoculables et transmissibles par hérédité. De nombreux faits prouvent l'action du mercure contre les lésions tertiaires, et cette action est parfois inférieure à celle de l'iode. Quant aux réinfections, la statistique en est encore trop pauvre pour qu'on puisse faire fond sur cet argument.

D'après Finger, les accidents tertiaires de même que l'immunité peuvent se présenter sans avoir été précédés d'aucun signe de maladie virulente ni primitive ni secondaire. Cela s'observe chez les enfants nés de syphilitiques et chez les mères de fœtus hérédo-syphilitiques de par leur père. Mais l'auteur fait observer qu'il s'agit là de syphilis transmises par continuité entre deux êtres formant d'abord un tout unique et ensuite séparés ; ces accidents tertiaires ont été précédés chez l'un d'eux par d'autres accidents, à un moment donné de la syphilis qui les a affectés. Tommasoli croit en résumé que les idées de Finger doivent être modifiées pour pouvoir être acceptées. F. BALZER.

A case of second infection with syphilis and a case of syphilitic infection in a person hereditarily syphilitic, par TAYLOR (*Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, *décembre* 1890).

Une femme, âgée de 38 ans, a présenté des signes non douteux de syphilis : œdème induré de la grande lèvre, ganglions inguinaux, éruption papuleuse généralisée et persistante, céphalée nocturne, plaques muqueuses du gosier, douleurs rhumatoides et musculaires. La malade, traitée à cette époque, fut prévenue qu'elle avait la syphilis. La 3e année une syphilide serpigineuse grave apparut au bras et au cou. Au bout de ces trois ans, elle se maria et eut des enfants qui moururent. Depuis, elle a recouvré graduellement sa santé, et n'a eu qu'une chancrelle avec bubons, qui guérit facilement, huit ans après la première infection syphilitique. Au mois de janvier 1890, elle revint avec des accidents syphilitiques secondaires polymorphes, éruption papuleuse miliaire, papules plus grosses à la tête avec pustules, éléments de rupia, syphilide corymbiforme, etc... Avant cela, elle avait eu aussi une roséole. En outre, plaques muqueuses, alopécie, douleurs dans les jointures. On institue un traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Après huit mois de séjour, cette femme, très affaiblie, se rétablit. L'auteur pense qu'elle a dû être infectée deux fois et que la seconde infection a dû se produire en même temps que la contagion de la chancrelle. Il est certain qu'une poussée nou-

velle d'accidents secondaires s'est produite chez cette malade, mais le second accident primitif n'a pas été constaté chez elle.

Le second cas concerne une syphilis acquise chez un sujet ayant souffert antérieurement d'une syphilis héréditaire. En avril 1879, une femme âgée de 19 ans, mariée, et qui présentait des stigmates de syphilis ancienne au coin des lèvres, consulta l'auteur pour un ulcère du côté droit du nez avec coryza et ozène. Elle guérit par un traitement mixte et retrouva une bonne santé. En 1885, étant alors âgée de 26 ans, elle revient avec une roséole maculeuse, condylome à la vulve, plaques muqueuses au pharynx. Elle présentait encore une induration de la petite lèvre avec œdème dur, en outre adénopathie caractéristique, alopécie, onyxis. Ce fait intéressant démontre la possibilité de la réinfection chez les hérédo-syphilitiques. F. BALZER.

Zum Einfluss der syphilitischen Infection während der Schwangerschaft (De l'influence de l'infection syphilitique pendant la grossesse), par STEFFECK (*Zeitschr. f Geb. und Gyn.*, *XVIII*, 1).

Les deux femmes sujet des observations étaient primipares, et c'est vers le cinquième mois qu'elles ont été infectées. Or chez toutes deux la grossesse a été interrompue par un accouchement prématuré. L'une a mis au monde un enfant vivant, du poids de 1,350 grammes, mais qui a succombé au bout de deux heures. L'autre est accouchée d'un enfant mort-né, macéré depuis plusieurs jours et pesant 1,400 grammes. Chez ces fœtus, on trouva des lésions viscérales. Des recherches microscopiques démontrèrent en outre l'existence de lésions profondes du placenta.

Contrairement à l'opinion émise par Frænkel et Zilles qui pensent que lorsque l'infection vient de la mère, les lésions résident plutôt dans le placenta maternel, ici c'était le placenta fœtal qui était surtout altéré.

Aussi l'auteur conclut-il ainsi : la syphilis contractée par une femme au milieu de sa grossesse peut très bien être transmise au produit de conception. Les lésions du placenta ne sont pas en rapport avec la date plus ou moins éloignée de l'infection, et toutes les parties du placenta peuvent être envahies. CH. MAYGRIER.

Mercure et grossesse, par STEF (*Thèse de Paris*, 1891).

Dans l'hydrargyrisme chronique, le mercure, comme le plomb, l'arsenic, etc..., peut devenir une cause d'avortement. Dans le traitement de la grossesse des syphilitiques, le mercure ne peut avoir qu'une heureuse influence ; il diminue les chances d'avortement et améliore l'état du fœtus. Il passe dans l'organisme fœtal à travers le placenta. Avec le procédé de Witz, l'auteur a fait à ce sujet, avec Cathelineau, une série de recherches sur des fœtus ou des placentas ou sur des produits de lapines fécondées et soumises à des injections intra-musculaires de peptonate de mercure. F. BALZER.

Contribution à l'étude des pseudo-chancres indurés, par HUMBERT (*Soc. de Derm.*, *janvier* 1891).

Ces lésions n'ont pas une individualité distincte; ce sont des syphilomes siégeant sur les organes génitaux et présentant cette particularité de s'indurer et de reproduire l'aspect des chancres, sans qu'on puisse dire que le siège primitif du chancre joue le rôle de cause prédisposante. L'hypothèse d'un réveil de virus localisé n'est pas non plus admis-

sible. L'induration n'a pas grande valeur; elle tient ordinairement à la structure même de la région affectée, qui est ordinairement la rainure du gland. Il ne faut pas voir de parti pris des indurations syphilitiques là où il n'y a que des indurations communes, chez d'anciens syphilitiques. F. BALZER.

Extragenital syphilitic contagion, par COOPER (*Lancet, Vol. II, p.* 866, 1890).

Cooper rapporte six observations de chancres indurés du nez, du mamelon, de la pointe de la langue, de l'hypogastre, du menton, de la lèvre inférieure. Il étudie les contagions d'origine non vénérienne et conclut au rôle important des contagions par la salive. Il cite 17 observations de soldats contaminés par le tatouage fait par un camarade syphilitique qui se servit de sa salive pour délayer la matière colorante. A.-F. PLICQUE.

Primary chancre of the conjunctiva, par MARLOW (*New York med. journ., p.* 237, 1er *mars* 1890).

Une femme de 49 ans présente du gonflement de la paupière supérieure, spécialement à la partie interne, qui est indurée. Chémosis, pas de lésion cornéenne, écoulement purulent. On prescrit des lotions à l'eau chaude.

Dix jours plus tard, l'auteur découvre une ulcération de la conjonctive; à ce moment il peut retourner partiellement la paupière. Douleur vive. Gonflement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires.

Bien qu'il n'y ait pas de roséole, l'auteur diagnostique un chancre syphilitique; il apprend que la patiente a la charge d'un enfant syphilitique et suppose que le virus a été porté dans l'œil par les doigts de l'enfant.

Rapide amélioration par l'usage externe et interne du mercure.

L. GALLIARD.

Ueber die subcutanen Drüsenerkrankungen im Spätstadium der Syphilis (Lymphomes syphilitiques), par S. LUSTGARTEN (*Wien. med. Presse, n°* 26, *p.* 1033, 1890).

Les gommes syphilitiques des ganglions lymphatiques (bubons syphilitiques tertiaires) sont rares. En voici quatre cas :

1° Cocher de 36 ans, niant la syphilis, portant depuis 2 ans dans la région rétro-parotidienne à droite et à gauche des tumeurs douloureuses. Celle du côté gauche a acquis le volume du poing, elle est mobile; une seconde existe dans le creux sus-claviculaire du même côté. Sous l'influence des frictions et de l'iodure, les tumeurs sont réduites au volume d'une noix;

2° Tailleur de 27 ans, syphilisé depuis 3 ans et demi, portant à l'aine droite une tumeur grosse comme une orange composée de noyaux durs, douloureuse, peu mobile, présentant des points brillants et fluctuants. Traitement; guérison en six semaines.

3° Homme de 35 ans, sans antécédents connus, atteint de chancres mous et de bubon suppuré de l'aine droite qu'on incise largement. Marche normale jusqu'à la quatrième semaine; mais, à ce moment, la plaie pâlit, devient lardacée, et trois semaines plus tard on a sous les yeux un bubon indolent, strumeux, presque aussi gros que le poing. L'auteur songe alors à la syphilis préexistante. Le traitement spécifique lui donne raison en guérissant complètement la tumeur en trois semaines;

4° Fille, douze ans, sourde-muette, souffrant de céphalée nocturne, et portant au creux sus-claviculaire gauche une tumeur caséifiée, ovalaire,

grosse comme un œuf de poule; la peau est adhérente, et, autour de la tumeur, présente les caractères de l'infiltration syphilitique. Ganglions modérément tuméfiés dans le voisinage. L'emplâtre mercuriel et l'iodure de potassium font disparaître rapidement la tumeur et la céphalée.

Impossible de savoir si, dans ce cas, il s'agissait de syphilis héréditaire tardive ou acquise. L. GALLIARD.

De la surdité syphilitique héréditaire, par Holger MYGIND (*Nordiskt med. Arkiv, XXII, n° 7*).

Sept observations chez des sujets de 4, 11, 12 et 17 ans; signes anamnestiques chez les parents, antécédents de kératite parenchymateuse. Sauf un cas où la surdité survint subitement, elle se développa chez tous d'une façon progressive. Cette lésion, pour l'auteur, est due à des altérations du labyrinthe ; l'état catarrhal de l'oreille moyenne, qui est presque constant, n'a qu'une importance secondaire. Insuccès du traitement. A. CARTAZ.

Syphilide héréditaire ; mort au onzième mois ; lésions gommeuses de l'intestin, par DARIER et FEULARD (*Annales de Derm. et de Syph.*, n° 1, 1891).

Une femme, après six années de syphilis, et avec un traitement fait dans le dernier mois de la grossesse, donne naissance à un enfant sain tout d'abord, mais atteint dans la suite de lésions gommeuses extrêmement multipliées (foie, crâne, testicule) qui causent la mort au onzième mois, malgré un traitement de trois semaines fait au quatrième mois. Les lésions les plus intéressantes sont celles de l'intestin iléon : plaques ulcérées, saillantes, dures, très nombreuses, localisées plus ou moins régulièrement au niveau des plaques de Peyer. L'examen histologique montre à leur niveau des nodules gommeux en voie de dégénérescence caséeuse avec des altérations périvasculaires. Pas de bacilles de Koch. F. BALZER.

Contribuzione clinica sull' aristolo nelle malattie veneree e sifilitiche, par V. FISICHELLA (*La Riforma medica*, 16 *octobre* 1890).

L'aristol appliqué sur les chancres mous et sur les chancres syphilitiques en amène la dessiccation assez lentement; dans le phagédénisme, il n'a aucun effet curatif et paraît plutôt nuisible. Le seul avantage de l'aristol sur l'iodoforme est d'être inodore, mais il est beaucoup moins efficace; aussi ne semble-t-il pas destiné à devenir un remède utile en syphiligraphie. GEORGES THIBIERGE.

Del mezzo di cura piu securo della sifilide costituzionale, par SCARENZIO (*Giorn. ital. delle mal. vener., fasc.* 4, 1890).

Nous ne relèverons dans ce travail que la pratique actuelle des injections de calomel par Scarenzio. Il injecte 10 centigrammes à la fois tous les 13 ou 15 jours, pendant la période secondaire, en réduisant cette dose à 5 centigrammes quand le malade a déjà pris du mercure récemment par une autre voie. Pendant le stade tertiaire, il n'injecte que 5 centigrammes de calomel tous les quinze jours et donne l'iodure de potassium dans l'intervalle. Chaque traitement comporte 4 ou 6 injections. En le renouvelant, on peut facilement, avec les injections, réaliser le traitement chronique intermittent de Fournier. F. BALZER.

Ueber die Gonorrhœ der paraurethralen und präputialen Drüsengänge (Blennorragie des canaux glandulaires paraurétraux et préputiaux), par JADASSOHN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 542, 1890).

L'auteur divise ses observations en trois groupes :

1° *Folliculite préputiale ;* nodules de dimensions variables, siégeant entre les lames du prépuce, développés dans des glandes de Tyson aberrantes, comme l'admet Touton, et non pas comme le pense Œdmannisson, dans les vaisseaux lymphatiques. On découvre à leur niveau une ouverture qui fournit des globules de pus, des gonococci, et (ce qui prouve l'existence des glandes) des cellules épithéliales.

2° *Folliculite paraurétrale* développée dans de fins canaux dont on découvre les orifices sur les lèvres même du méat et dont le trajet est parallèle à celui de l'urètre. Le pourtour de ces orifices est ulcéré ; on peut y faire pénétrer une sonde fine. Quand l'inflammation atteint un degré avancé, on constate l'existence de nodules. Les sécrétions sont constituées par du pus, des cellules épithéliales pavimenteuses, des gonocoques.

Les canaux glandulaires ainsi enflammés appartiennent peut-être à des glandes de Littre anormalement situées.

Cette folliculite rappelle exactement ce qu'on constate dans l'urétrite de la femme.

3° *Folliculite parapréputiale.* Ici l'inflammation prend naissance dans des canaux situés entre la peau du pénis et la paroi inférieure de l'urèthre, près du raphé médian, et aboutissant à côté et en arrière du frein. On ne peut les confondre avec les cryptes de Tyson, car, s'ils présentent près de leur orifice de l'épithélium pavimenteux, leur épithélium devient plus loin cylindrique ; ils appartiennent donc à de véritables glandes.

Sur des coupes, l'auteur n'a trouvé les gonocoques que dans la région de l'épithélium pavimenteux, tandis qu'ils faisaient défaut au niveau du cylindrique. Ils sont donc restés dans les parties superficielles. Ce fait est contraire à l'opinion de Bumm qui n'admet pas l'invasion des gonocoques dans l'épithélium pavimenteux mais seulement dans l'épithelium cylindrique. L. GALLIARD.

Le diplocoque de Neisser dans les abcès blennorragiques périurétraux, par Celso PELLIZARI (*Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, *n*os 18-19, 1er *septembre* 1890).

On trouve dans les petits abcès, qui s'observent fréquemment par suite de l'extension du processus blennorragique dans les glandes folliculaires periurétrales, le gonocoque de Neisser. Comme il y existe, dans quelques cas au moins, à l'état isolé, on peut donc lui reconnaître un véritable pouvoir pyogène. Il prépare souvent la voie à d'autres microbes (staphylococcus pyogenes aureus), et on s'explique ainsi la marche grave et envahissante de certains abcès folliculaires, d'ordinaire bénins.

A l'époque où apparaissent les petits abcès folliculaires le diplocoque de Neisser y étant à l'état de culture pure, il est préférable de recueillir là le pus plutôt que de prendre celui qui s'écoule par le méat, si l'on veut obtenir des cultures. P. TISSIER.

Ueber Salpingitis gonorrhoica, par MENGE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 830, 8 *septembre* 1890).

Menge a pratiqué l'examen bactériologique de 26 salpingites; il a trouvé et cultivé 2 fois le streptocoque pyogène, 1 fois le staphylocoque blanc et 1 fois un streptocoque offrant tous les caractères du gonocoque.

Dans la discussion, Zweifel déclare que comme Menge, il croit à la péritonite blennorragique. Sur 71 cas, il a constaté 7 fois des gonocoques. J. B.

Zur Behandlung des gonorrhoischen Gelenk... (Traitement des affections blennorragiques des articulations et des bourses séreuses, par Fr. RUBINSTEIN (*Therapeut. Monatshefte, août* 1890).

L'auteur propose contre les affections articulaires et séreuses, relevant de la blennorragie, l'iodure de potassium, dans les cas aigus où il agit promptement aussi bien que dans les cas chroniques, à la dose de 1 gr. à 1.50 par jour par petites doses. Le traitement demande 2 à 3 jours. Au bout de quelques heures les douleurs s'atténuent et bientôt la fièvre, l'épanchement diminuent et disparaissent. Il ne faut pas négliger la compression (épanchement) et le massage (indurations de la synoviale). Onguent mercuriel, fomentations phéniquées. Il faut aussi traiter l'écoulement urétral (injections d'acide salicylique et de borax) et s'abstenir d'introduire des sondes. Les malades n'étaient pas syphilitiques. Il a soigné 15 cas très divers (aigus, subaigus, chroniques) et a obtenu des résultats, remarquables dans tous, plus lents à venir dans les cas chroniques. P. TISSIER.

Contribution à l'étude du traitement de la blennorragie par le salol, par BARRAUD (*Thèse de Paris*, 1890).

L'action du salol dans la blennorragie est faible, mais réelle cependant, surtout dans les cas aigus et au début.

Elle se fait alors sentir rapidement, dès le 3e ou le 4e jour. Il a peu d'action à la période d'état ou dans les cas subaigus. Il est bien toléré, même aux doses de 4 à 6 grammes. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. — Des psychoses après l'influenza, par LADAME (*Ann. méd. psych.*, *juillet* 1890).

II. — Psychoses nach Influenza, par Otto von HOLST (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 607, 7 *juillet* 1890).

III. — Grippe et aliénation mentale, par MAIRET (*Broch. Montpellier*, 1890).

I. — Ladame rapporte des observations ayant trait aux psychoses qui se déclarent après l'influenza, pendant la convalescence, alors que

la fièvre est tombée, et il en emprunte d'analogues à d'autres auteurs, en particulier à Krœpelin. Il divise ces psychoses en trois groupes principaux : mélancolie et hypochondrie, psychoses asthéniques (délire de collapsus, stupeur hallucinatoire, démence asthénique, démence aiguë), enfin diverses formes mentales qui résultent des conditions individuelles intérieures (manie, délire de persécution, paralysie générale, delirium tremens, etc.), l'influenza ne suffisant jamais, à elle seule, à provoquer la maladie. DESCOURTIS.

II. — Holst relate deux observations de troubles mentaux survenus à la suite de la grippe chez un garçon de 17 ans et une fille de 20.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une folie hallucinatoire passagère ; dans l'autre d'un délire d'inanitiation terminé fatalement, avec thrombose des sinus et d'une branche de l'artère pulmonaire.

La grippe survenant chez des aliénés chroniques, excités ou délirants, amène parfois un calme remarquable et un état lucide passager. Chez les aliénés aigus, elle fait prendre aux idées délirantes le caractère de persécution ou d'empoisonnement, ou bien elle exagère les idées hypocondriaques; elle exacerbe presque toujours les troubles nerveux.

J. B.

III. — L'auteur relate l'histoire de dix-sept cas de grippe, qui ont été accompagnés de troubles mentaux; à la période de début il a observé de l'agitation maniaque, du délire (simulant parfois le délire alcoolique).

C'est surtout pendant la convalescence que se sont manifestés les désordres de l'intelligence ; un aliéné parcourut toute une grippe à forme thoracique sans que son délire fût modifié, mais au début de la convalescence il réalisa un accès de violente agitation qui dura cinq jours et fit place à de la stupeur; chez la plupart des malades éclatait après la période fébrile un délire se traduisant par des idées de tristesse, des hallucinations et de l'agitation, ou bien le délire était calme, sans agitation et à direction lypémaniaque.

Chez nombre de malades il existait une prédisposition que la grippe a simplement mise en jeu; d'ailleurs les troubles psychiques ont presque toujours été passagers, cependant la « folie grippale » a pu parfois passer à l'état chronique chez les prédisposés.

Mairet admet que tantôt les troubles de la nutrition, tantôt les troubles circulatoires ont déterminé l'apparition de cette aliénation, joints à l'influence de l'agent infectieux. G. LYON.

Psychoses consécutives aux maladies chroniques de l'estomac, par ALT (*Münch. med. Woch.*, *n°* 46, 18 *novembre* 1890).

A la suite de lésions stomacales, Alt a vu se développer progressivement des troubles nerveux, et une véritable psychose caractérisée par une angoisse spéciale, très marquée, et une série de manifestations hypocondriaques (sensations, idées, erreurs sensorielles, etc.). Dans tous les cas, il nota une dilatation de l'estomac avec altération du chimisme stomacal. Le traitement de l'estomac améliora constamment et guérit même la psychose. P. TISSIER.

Rindenexcisionen, als Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Psychosen (Traitement de certaines psychoses par excision de l'écorce cérébrale), par BURCKHARDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 903, 29 *septembre* 1890).

Burckhardt a traité chirurgicalement 6 cas de troubles mentaux graves.

Le 1er cas concerne une démente de 53 ans, ayant des hallucinations de l'ouïe et de la vue et qui, tant par sa malpropreté que par ses actes de violence, était un fléau pour l'asile depuis des années. Burckhardt lui enleva successivement, à 4 époques différentes, autant de points de la substance grise au niveau des centres moteurs. La malade supporta parfaitement ces opérations qui toutes améliorèrent son état. Elle est devenue calme et bienveillante, sa démence a plutôt diminué, et son état physique s'est relevé.

Le 2e cas opéré est analogue au précédent.

Dans les 4 autres, il s'agissait de formes de délire aboutissant ordinairement à la démence. L'opération fut entreprise dans le but de faire cesser les hallucinations en supprimant le centre de la parole dans la circonvolution de Broca. Le résultat désiré fut obtenu et l'aphasie sensorielle consécutive à l'opération disparut rapidement dans tous les cas. Un malade devint plus calme, et capable de travailler sans être dément. L'état du second fut aussi amélioré. Le 3e conserva une aphasie partielle, et après sa sortie de l'asile il se suicida. Enfin le dernier succomba à des convulsions par les opérations : l'autopsie révéla de la pachiméningite hémorragique et de l'hyperémie cérébrale. Burckhardt pense que l'issue fatale a été due à la paralysie vasculaire occasionnée par les manœuvres opératoires. J. B.

Ein Fall von allgemeiner cutaner und sensorischer Anæsthesie... (Un cas d'anesthésie cutanée et sensorielle généralisée terminée par la mort, sans lésion anatomique), par Hermann KRUKENBERG (*D. Arch. f. klin. Med.*, *XLVI*, *p.* 203).

Homme de 40 ans, marin. Plusieurs attaques de fièvre intermittente. En 1861, paralysie subite des 4 membres sans cause connue; guérison en 3 jours; en 1862, de nouveau paralysie des 4 membres, durée environ un an. En mai 1886, entrée à l'hôpital avec le diagnostic : anémie, névralgie sus-orbitaire, affection spinale, catarrhe intestinal chronique. — Octobre 1886, expulsion d'un tænia. — En décembre, on combat une anesthésie générale très marquée; phénomènes de paresthésie des doigts, faiblesse générale, apathie, difficulté de la marche, des mouvements considérée comme de nature psychique. En mai 1887. Sensibilité tactile émoussée sur tout le corps; diminution très marquée de la sensibilité à la douleur, sauf sur quelques zones limitées et symétriques. Analgésie constatable également sur les muqueuses; diminution très marquée des sensations de température; le sens musculaire est conservé. Pas de paresthésie.

Anesthésie sensorielle marquée du côté des divers organes : le goût et l'odorat sont surtout atteints. L'ouïe est peu diminuée. L'acuité visuelle est normale; le champ visuel est très rétréci des deux côtés, à gauche plus qu'à droite. La moitié extérieure du champ visuel est plus droite encore que la moitié interne. Sens des couleurs diminué sans être aboli. Réactions pupillaires normales. Les sensations de faim, de soif, de dégoût ont totalement disparu. Le malade est toujours sérieux, concentré, triste. Pas de trouble de l'intelligence. Diminution de la force musculaire; démarche incertaine, sans parésie, sans ataxie. Réflexes tendineux conservés, marqués, réflexes cutanés très paresseux.

En octobre 1887, on provoque facilement le sommeil hypnotique. En avril 1888, mort avec des phénomènes de purpura hémorragique.

A l'autopsie aucune lésion appréciable du système nerveux.

L'auteur pense qu'il a eu affaire à un mélancolique, et non à un hystérique. A. MATHIEU.

De la résistance électrique dans la mélancolie. Maladie de Basedow et mélancolie, par SÉGLAS (*Ann. méd. psych.. p.* 280, *septembre* 1890).

Séglas rapporte une observation de maladie de Basedow coexistant avec la mélancolie. La malade avait de l'exophtalmie, de la tachycardie, mais pas de goitre. Il crut pouvoir néanmoins formuler le diagnostic de maladie de Basedow, car la saillie des yeux aurait précédé la mélancolie, et, surtout, la résistance électrique était diminuée chez elle. Or, il résulte des recherches qu'il a faites, dans six cas de mélancolie, que la résistance était constamment augmentée chez ces malades, elle était doublée et plus que décuplée dans certains cas. Une fois, l'amélioration ayant permis la sortie de la malade, on constata que la résistance était redevenue normale. Il y a donc lieu d'admettre que la résistance électrique est augmentée chez les mélancoliques. DESCOURTIS.

Ueber psychisch bedingte Störungen des Stehens und des Gehens (Des troubles de la station debout et de la marche d'origine psychique), par Otto BINSWANGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 20, *p.* 441, *et n°* 21, *p.* 473, 19 *et* 26 *mai* 1890).

Binswanger relate trois observations de malades « neurasthéniques-hypocondriaques » offrant des troubles de la marche et de la station debout, assez analogues à ceux qu'on a décrits sous les noms d'abasie et d'astasie. Puis, passant en revue les faits de Blocq (*R. S. M.*, XXXIV, 123), il insiste sur ce que très peu d'entre eux répondent réellement à la définition donnée de cet état morbide. Enfin, il conclut qu'il n'y avait pas lieu à élever ce syndrome au rang des entités morbides. J. B.

Studio anatomico della microcefalia, par GIACOMINI (*Giorn. della R. Accad. di Medic. di Torino*, 1889 *et* 1890).

Voici les conclusions de ce long travail dans lequel l'auteur a rapporté un grand nombre d'examens anatomiques détaillés de cerveaux de microcéphales :

Le processus qui atteint l'organisme dans la microcéphalie est essentiellement localisé au système nerveux central. La déformation du crâne est la conséquence du développement insuffisant de l'encéphale, de sorte qu'il n'y a pas une microcéphalie de cause primitivement osseuse mais qu'elle est toujours encéphalique. Les lésions ne siègent pas uniquement sur le cerveau proprement dit, mais occupent aussi les autres parties du système nerveux central, de sorte qu'il y a à la fois microencéphalie et micromyélie. La microcéphalie consiste en un arrêt de développement du système nerveux central, survenu à une époque variable de la vie embryonnaire. Les cerveaux des microcéphales appartiennent tous au type humain; ils diffèrent entre eux suivant l'époque à laquelle est survenu l'arrêt de développement; ils forment une série complète qui s'étend du cerveau normal d'adulte jusqu'à l'anencéphalie. Dans la conformation

de la surface cérébrale des microcéphales, outre les signes de l'arrêt de développement, on trouve dans les formes prononcées de la microcéphalie d'autres dispositions qui constituent de véritables ressemblances avec le cerveau des animaux et qui peuvent être considérées comme le résultat de l'atavisme. La microcéphalie ne peut être utilisée pour soutenir la théorie de la descendance, parce qu'elle ne représente pas une période intermédiaire du développement de l'homme; elle n'apporte aucun fait qui ne soit déjà reconnu grâce aux autres particularités rencontrées dans l'organisme humain. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Mikrogyrie, par OTTO (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 780, 25 *août* 1890).

Deux cas de développement rudimentaire des circonvolutions cérébrales chez des idiots âgés de 5 ans. Les régions frontale et pariétale de la surface du cerveau offraient les circonvolutions les plus petites qui leur donnaient un aspect finement raboteux. Quelques circonvolutions étaient normales partiellement ou profondément. L'insula était incomplètement recouverte et les cordons pyramidaux étaient grêles.

Sur les coupes on constatait une abondante et fine ramification de la substance blanche, en beaucoup de points une soudure des parois opposées du sillon, des circonvolutions rudimentaires et un dépôt de cellules ganglionnaires ou d'amas cellulaires dans la masse blanche, surtout au-dessous de l'écorce.

Les fibres blanches se trouvaient ainsi écartées les unes des autres.

Les fibres corticales étaient suffisamment développées, tandis que par places il y avait arrêt de développement des cellules, surtout des cellules pyramidales qui ailleurs étaient complètement absentes et remplacées par des cellules rondes. Les pyramides géantes faisaient complètement défaut dans le lobe de Beti, fait également constaté par Binswanger dans un cas de porencéphalie avec microgyrie.

Nulle part il n'y avait de lésions en foyer.

L'hétérotopie des cellules ganglionnaires n'avait pas encore été signalée.

J. B.

Contribution à l'étude des lésions histologiques de la substance grise dans les encéphalites chroniques de l'enfance, par A. PILLIET (*Arch. de neurol.*, *n°s* 53 *et* 54).

Parmi les lésions de l'enfance, l'auteur n'a envisagé que les plus accentuées, telles que la méningo-encéphalite ou l'atrophie des circonvolutions, sans s'arrêter même aux scléroses lobaires et aux scléroses tubéreuses, étudiées dans ces derniers temps. Les lésions qu'il décrit laissent en place les circonvolutions, et se traduisent à l'œil nu par les adhérences méningées plus ou moins fortes, l'amaigrissement des circonvolutions, leur état chagriné et ratatiné, marronné même, la présence de petits kystes à leur surface et dans leur épaisseur. Ces lésions se traduisent cliniquement par l'idiotie, le gâtisme, les tics, les convulsions dans les premières années de la vie, et, très souvent, l'épilepsie dès quatre ou cinq ans.

Les malades de Pilliet étaient, les uns des idiots de quatre à sept ans, avec les lésions de méningo-encéphalite plus ou moins prononcées, les autres des idiots plus âgés atteints de plus d'épilepsie vraie. Enfin, il rapporte une observation de sclérose à petits foyers miliaires, chez un

épileptique dément, et une de kystes celluleux avec épanchements sanguins chez un idiot. Les lésions décrites dans ces observations se résument ainsi : elles portent sur les vaisseaux qui sont dilatés, multipliés, avec gaines épaissies ou infiltrées de leucocytes et de granulations ; elles portent sur la névroglie qui est épaissie à noyaux multipliés, opacifiée, puis fibrillaire, puis enfin vacuolée, et ces lésions se présentent sous la forme de pointes, puis de taches qui peuvent devenir confluentes. En regard de ces altérations névrogliques, Pilliet décrit la formation de véritables bandes de sclérose, pour qu'il ne puisse y avoir aucune erreur sur les faits exposés. Enfin, les cellules pyramidales présentent tous les degrés d'atrophie. Du côté de la substance blanche, on trouve notée son atrophie, la multiplication des noyaux des petites cellules, l'abondance des corps granuleux. Quant aux lésions diffuses observées dans la moelle, elles échappent à tout essai de systématisation. DESCOURTIS.

Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (idiotie myxœdémateuse), par BOURNEVILLE (*Progrès médical*, 28 *juin*, 12, 26 *juillet*, 16-23 *août* 1890).

Le mémoire de Bourneville renferme 8 observations personnelles très détaillées, recueillies à Bicêtre ou dans d'autres hospices d'aliénés. Elles prouvent que l'idiotie myxœdémateuse est due à l'absence congénitale de la glande thyroïde, mais l'examen de la santé des parents ou ascendants ne permet pas d'établir quelle est la cause originelle de ce vice de conformation ; on trouve indistinctement l'alcoolisme, la tuberculose, le cancer, la névropathie, etc.

Sur 25 cas, il y avait 10 garçons et 15 filles et la description qui représente l'un d'eux est exacte pour tous. Chez tous, il y a un arrêt du développement intellectuel (idiotie) et un arrêt de développement physique (nanisme), avec troubles profonds de la nutrition. Tête volumineuse en arrière, étroite en avant, front bas, cheveux rudes, eczéma du cuir chevelu, paupières bouffies avec blépharite, nez camus, joues pendantes, lèvres épaisses, langue volumineuse, dents irrégulières, cariées, oreilles épaisses, tels sont les caractères frappants du tableau de la figure. En même temps le cou est court, garni de masses pseudo-lipomateuses, le thorax déformé, le ventre gros, très large, les organes génitaux sont atrophiés, les membres sont gros, courts, avec incurvations rachitiques, les pieds et les mains ont l'aspect pachydermique. La peau est sèche, rugueuse, blanche, la respiration est souvent gênée, le pouls petit, les extrémités cyanosées ; la température centrale est au-dessous de la normale ; la sécrétion sudorale est rare, la voix rauque, stridente, la démarche pesante, une sorte de dandinement.

Dans 12 cas accompagnés d'autopsie, on a relevé l'absence de la glande thyroïde ; c'est le fait dominant d'où découlent les troubles de la nutrition et la déchéance organique, persistance de la fontanelle antérieure, nanisme, rachitisme, mollesse et hypertrophie du tissu adipeux.

L'idiotie myxœdémateuse se différencie aisément des autres idioties, — mais il y a un rapprochement à établir avec les crétins. — La notion étiologique semble être le point capital. Les crétins descendent toujours des goitreux, et Bourneville n'a relevé qu'un cas de goitre chez une cousine au quatrième degré, — et, dans un tableau très détaillé, il met

en parallèle les ressemblances nombreuses et les rares dissemblances que l'on peut établir entre crétins et idiots.

Les idiots meurent jeunes; sur 12 morts, il y en a eu 2 dans la première année, 2 à 5 ans, 1 à 7 ans; les deux derniers à 32 et 34 ans.

H. LEROUX.

Cretinism and myxœdema, par Arthur HANAU (*Brit. med. j., p.* 786, *octobre* 1890).

Hanau a examiné avec soin, au point de vue histologique, le corps thyroïde de trois crétins typiques. Dans les trois cas, il a constaté une atrophie de la glande, ce qui confirme les expériences des ablations du corps thyroïde suivies de myxœdème. La seule différence avec le myxœdème est que dans les premiers stades de cette dernière maladie, le corps thyroïde est infiltré de leucocytes au niveau des portions de tissu atrophiées, et qu'il ne reste plus de partie saine de la glande, ce qui se voit rarement chez les crétins spontanés ; à part cela, l'analogie est complète, et la pathogénie de ces deux états morbides paraît identique. H. R.

Myxœdème ou cachexie pachydermique, par P. KOVALEVSKI (*Arch. de neurol., nos* 53 *et* 54).

Cette étude comprend d'abord un historique très complet de la question, avec une critique des différentes opinions qui ont cours.

Kovalevski a observé 5 cas de myxœdème, dont 4 étaient représentés par des femmes et seulement un par un homme. L'homme avait 24 ans, les femmes 21, 22, 37 et 46 ans. Dans les 5 cas, il existait une tare héréditaire psychopathique. Quatre de ces cas de myxœdème ne présentaient pas de déviations particulières du cours habituel de cette maladie. Il faut remarquer seulement que chez le garçon le myxœdème était accompagné d'un état crétinoïde des plus marqués; dans les deux cas des deux jeunes femmes le myxœdème se développa sur un terrain pathologiquement prédisposé, sous l'influence de sérieux chocs moraux et de refroidissement. Dans ces deux cas, le myxœdème était localisé et occupait les pieds, les mains et la face; l'état mental présentait les premiers symptômes de démence; ces deux malades se remirent à force de régime et de traitement neurotonique. La maladie dans ces deux cas fut arrêtée à son début.

Chez la troisième femme, la maladie se développa à l'âge de 35 ans et s'accompagna de démence complète. Dans ce dernier cas, le traitement ne donna pas de bons résultats.

Enfin le 5e cas présente une combinaison des plus intéressantes de la maladie de Basedow et du myxœdème. Femme de 46 ans; grand-père ivrogne, aliéné, père mélancolique, suicidé, mère épileptique. Etant jeune, terreurs nocturnes; à 18 ans, mal mariée, battue, attaques d'épilepsie; à 24 ans, attaques de petit mal suivies d'actes automatiques ne laissant aucun souvenir; caractère de plus en plus irritable, accès d'agitation. Ensuite palpitations, exophtalmie, accès de fureur épileptique, gonflement myxœdémateux généralisé. Sous l'influence de bains chauds, galvanisation du sympathique, vin de quinquina, arsenic, etc., les gonflements disparurent complètement et les facultés psychiques fortement atteintes redevinrent normales. Il ne resta plus que les symptômes d'anémie et de la maladie de Basedow : Strume, palpitation de cœur, exophtalmie. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que le myxœdème se développa lorsque la maladie de Basedow était déjà présente. Non seulement la glande thyroïde existait mais elle était augmentée de volume. Il faut admettre, par conséquent, que les fonctions de

cette glande étaient troublées, anéanties, au point de provoquer les mêmes troubles que si elle n'existait pas. DESCOURTIS.

Migraine ophtalmique et paralysie générale, par P. BLOCQ (*Arch. de neurol.*, *n°* 54, 1890).

Dans la paralysie générale, on peut observer la migraine ophtalmique au début de la maladie et comme signe précurseur. Blocq en rapporte deux exemples, empruntés l'un à Charcot, l'autre à Parinaud. Mais il insiste en particulier sur la migraine ophtalmique survenant au cours de la méningo-encéphalite diffuse. Il cite l'observation d'une femme, dont l'hérédité arthritico-nerveuse était incontestable (grand-père alcoolique, grand'tante épileptique, père rhumatisant, frère bègue), chez laquelle une succession rapide de couches malheureuses a joué le rôle de cause occasionnelle, et qui a été prise d'abord de symptômes vagues de paralysie générale, puis d'une attaque d'épilepsie sensitive bien accusée, enfin d'un accès de migraine ophtalmique, un an après le début des premiers accidents.

Cette notion de l'apparition de la migraine ophtalmique, soit au début, soit au cours de la paralysie générale, est intéressante. En effet, quand la migraine ophtalmique survient au début de la paralysie générale, elle peut faire hésiter sur le diagnostic et sur le pronostic. En outre, quand elle se produit au cours de la maladie, elle indique l'invasion du processus irritatif dans un territoire du cerveau spécial qu'il sera intéressant de déterminer. DESCOURTIS.

Les intoxications et la paralysie générale, par CHARPENTIER (*Ann. méd. psych.*, *p.* 228, *septembre* 1890).

A côté de la paralysie générale par congestion, propre aux folies congestives se terminant par paralysie générale, il y a lieu de grouper, sous le nom de paralysies générales par intoxication, les pseudo-paralysies générales déjà admises, et d'y joindre les paralysies générales dues à la goutte, au diabète, à l'arthritisme, au surmenage intellectuel, au traumatisme, au tabagisme et à la suralimentation. Dans la théorie de Charpentier concernant la paralysie générale par intoxication, l'ordre de succession des lésions est renversé ; il subordonne la congestion à la prolifération interstitielle, et celle-ci à l'intoxication primordiale de la cellule cérébrale; cette prolifération serait d'abord un adjuvant utile pour désintoxiquer la cellule noble et plus tard nuisible par excès de développement. Cette théorie explique le mécanisme de la curabilité et de la mort dans les folies toxiques, l'incurabilité, les cas curables, les rémissions de la paralysie générale et les démences toxiques sans production de paralysie générale.

La paralysie générale par intoxication ne se produit pas, ou rarement, lorsque le sujet présente un état anémique ou inopexique du sang, un arrêt de développement du cerveau, des névroses convulsives ou des vésanies chroniques. L'absence de paralysie générale, dans ces conditions, serait due à une modification de texture du tissu interstitiel acquise dans les états anémiques, congénitale dans les autres groupes de malades, d'où résulterait l'inaptitude de ce tissu à proliférer suffisamment

pour reproduire les lésions de la paralysie générale. La nature de cette modification constitue un desideratum qu'on ne peut faire disparaître, car il ne relève pas de la clinique. DESCOURTIS.

Symptômes oculo-moteurs et conditions de l'appareil oculaire dans l'imbécillité, l'épilepsie et le second degré de la paralysie générale, par Charles OLIVER (*Amer. J. of the med. sc., p.* 486, *novembre* 1890).

Dans l'épilepsie idiopathique de l'adulte, souvent quand la période de démence est survenue, les groupes moteurs intra et extraoculaires ont perdu leur synergie aussi bien comme innervation que comme action, d'où l'apparence de parésies inattendues et de limitation d'action.

Dans les cas avancés d'imbécillité, résultant d'une malformation ou d'une affection laissant le malade à un degré au-dessus de l'idiot complet, survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, les groupes moteurs intra et extraoculaires restent intacts et comme innervation centrale et comme mouvements propres.

Dans le second degré de la paralysie générale chez l'adulte, les groupes moteurs des yeux sont, dans tous les cas, plus ou moins parésiés; il y a inégalité et irrégularité des deux pupilles avec des mouvements spéciaux de l'iris et perte du pouvoir contractile ciliaire, aussi bien par insuffisance extra-oculaire que par ataxie des mouvements pupillaires; ce qui démontre qu'il y a une innervation imparfaite en même temps qu'une insuffisance de l'action musculaire. F. VERCHÈRE.

Sehhügelveränderungen bei progressiver Paralyse (Altérations de la couche optique dans la paralysie progressive), par LISSAUER (*Deutsche med. Woch., n°* 26, *p.* 561 ; 1890).

Les signes de lésions en foyer, dans la paralysie générale, surviennent à la suite d'attaques épileptiformes, mais disparaissent d'habitude rapidement. Or l'auteur a observé neuf cas où ces symptômes ont persisté jusqu'à la mort.

A l'autopsie il a constaté, après durcissement dans la liqueur de Müller, des lésions importantes de la couche optique : foyers de consistance molle, d'aspect spongieux, dans lesquels les cellules ganglionnaires faisaient défaut; la substance fondamentale était transformée en réseaux de cellules fusiformes ou perforée de nombreuses lacunes.

Les lésions siégeaient spécialement dans la partie postérieure de la couche optique, dans le pulvinar. Elles paraissaient du reste progresser d'arrière en avant; dans un cas elles envahissaient la presque totalité de la couche optique. Le pulvinar même n'était souvent altéré qu'en partie. Avant le durcissement il était impossible de soupçonner la moindre altération.

Sept fois les lésions étaient unilatérales; deux fois bilatérales. Les symptômes cliniques avaient été du reste en rapport avec elles.

L'auteur admet là, non pas une lésion initiale, mais une dégénération secondaire descendante. Son opinion ne repose encore cependant que sur des constatations incomplètes. L. GALLIARD.

Epilepsie in Folge acuter Infection, par J. ALTHAUS (*Deutsche med. Woch., n°* 31, *p.* 689, 1890).

L'épilepsie a été, dans ce cas, consécutive à une revaccination compliquée de phénomènes infectieux.

Garçon de 19 ans, toujours bien portant, vacciné avec succès dans les premiers mois de la vie, très sobre, n'ayant eu ni syphilis, ni maladie aiguë sauf la rougeole. Dans sa famille pas d'épilepsie, pas d'affection du système nerveux. Il a 11 frères et sœurs bien portants; ses parents sont sains.

Revacciné au commencement de juin 1888, il a au bras gauche des pustules volumineuses compliquées de lymphangite, de douleurs articulaires et même d'un exanthème généralisé; les phénomènes généraux indiquent une infection sérieuse. Comme on lui refuse un congé suffisant il est obligé de reprendre son travail avant guérison, maigrit et s'épuise. A la fin du mois de juin survient sa première attaque d'épilepsie; la maladie a tous les caractères classiques. Les accès se reproduisent tous les mois; soit le jour, soit la nuit.

En mai 1889, le sujet est obligé de se reposer à l'hôpital. Il est traité pendant 2 mois par l'arsenic, le bromure de potassium, l'hyoscyamine. Guérison des accès qui ne se sont pas reproduits depuis cette époque. L. GALLIARD.

Notes sur l'action du bromure de potassium chez les épileptiques à sclérose cérébrale diffuse, par Ch. FÉRÉ (*C. R. Soc. de biologie*, 24 *mai* 1890).

L'expérience montre que le bromure de potassium a souvent une action manifeste contre les paroxysmes épileptiques provoqués par des lésions grossières du cerveau : tumeurs, lésions syphilitiques, etc.

Le médicament agit dans ces cas non pas sur les lésions provocatrices, mais sur les éléments nerveux anormalement excités par ces lésions.

S'il existait une altération anatomique définie qui fût la condition matérielle des décharges morbides, un médicament qui agirait sur ces décharges ne pourrait le faire qu'en modifiant l'élément anatomique. Nous ne connaissons pas pareille lésion, et la sclérose corticale diffuse décrite par Chaslin ne peut être considérée comme telle; elle a été en effet rencontrée chez un malade mort de broncho-pneumonie qui était épileptique depuis son enfance et dont les accès s'étaient notablement éloignés sous l'influence du bromure de potassium.

La sclérose corticale diffuse n'agit donc pas par elle-même, mais indirectement, en provoquant l'excitation des éléments nerveux tout comme les lésions périphériques. G. LION.

Traitement de l'épilepsie par le borate de soude, par BIJOUD (*Thèse de Paris*, 1890).

Quarante-cinq malades, épileptiques avérés, chez qui le traitement par le bromure n'avait eu aucun succès, ou un succès plus ou moins faible et momentané, ont été traités par le borate de soude, en commençant par 1 et 2 grammes par jour pour atteindre jusqu'à 6 grammes, pendant une période de quatre à sept mois. Deux malades ont vu cesser leurs accès, neuf autres en ont eu beaucoup moins, sept en ont eu moins, six n'ont pas été modifiés. Chez seize femmes épileptiques, le total des accès a diminué d'un tiers. Enfin, dans quatre cas, empruntés à Gowers et à Hill, le succès aurait été très complet. Pas d'accidents provoqués par le borax. DESCOURTIS.

Bromuration et antisepsie intestinale, par FÉRÉ (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, *n°* 6, *p.* 249; 1890).

L'auteur relate vingt observations d'épilepsie traitée par des doses

élevées de bromure de potassium (14 et 15 grammes); à ces doses les accidents cutanés, signes extérieurs du bromisme, viennent souvent faire obstacle à ce traitement; dans bon nombre des cas où les accidents du bromisme sont inutilement combattus par les mesures hygiéniques ordinaires et par l'arsenic, l'antisepsie intestinale réalisée par l'administration quotidienne de 4 grammes de naphtol B et de 2 grammes de salicylate de bismuth peut supprimer ces accidents cutanés, et par conséquent être un adjuvant utile du traitement.

A ces doses, le naphtol et le salicylate de bismuth peuvent être tolérés pendant des mois sans aucun inconvénient. Leur effet immédiat est généralement une augmentation de l'appétit et la disparition des troubles digestifs qui sont constants chez les malades soumis à de fortes doses de bromure. G. LYON.

On ether drinking, its prevalence and its results (Les buveurs d'éther), par Ernest HART (*Brit. med. j., p.* 885, 18 *octobre* 1890).

Mémoire curieux, qui révèle un nouveau mode d'alcoolisme, l'intoxication des buveurs d'éther, dans certains districts d'Irlande. Cette habitude paraît avoir succédé à celle de boire des liqueurs fortes défendues par le clergé irlandais; les personnes qui crurent avoir affaire dans l'éther à un liquide inoffensif ne tardèrent pas à s'apercevoir du contraire. Hart indique la distribution géographique des buveurs d'éther en Irlande, et les effets de l'ébriété éthérée. L'éthérisme produit les mêmes accidents que l'alcoolisme, avec beaucoup plus de rapidité; la période d'excitation est presque subite et celle de stupeur ne tarde pas à survenir si l'usage de la boisson est continué. Le réveil est assez prompt, mais laisse les sujets dans un état d'engourdissement et de faiblesse extrême. Jusqu'ici on n'a pas constaté les tendances à la sclérose viscérale et à la stéatose si fréquentes dans l'alcoolisme, mais les altérations du système nerveux sont fréquentes et l'éthérisme conduit à la manie et à la démence, souvent au suicide.

C'est donc au point de vue social un grave danger que de laisser pénétrer l'habitude de boire de l'éther. H. R.

Su alcune anomalie dell' osso occipitale negli alienati, par H. MORSELLI (*Rivista sperim. di Freniatria, p.* 225, 1890).

Sur une série de deux cents crânes d'aliénés, l'auteur en a trouvé quarante-trois ayant une anomalie de l'occipital, il fait remarquer que Lombroso avait déjà signalé la fréquence de ces anomalies chez les criminels; c'est donc là une nouvelle analogie entre la criminalité et la folie. PIERRE MARIE.

Chloralamid as a hypnotic in the treatment of mental diseases, par KINNIEL (*New York med. record., p.* 41, *juillet* 1890).

Les faits exposés par l'auteur se rapportent à des cas de manie aiguë ou chronique de folie simple ou de mélancolie aiguë, dans lesquels ce médicament, prescrit à la dose de 25 à 45 grains, procure en vingt minutes un sommeil calme et réparateur. A doses plus élevées, on constate des vomissements et du vertige. P. DUFLOCQ.

Résultats de la suspension chez les aliénés atteints d'affections médullaires, par ASCHER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 780, 25 *août* 1890).

Sur 11 aliénés paralytiques ou déments offrant des symptômes tabétiques qu'Ascher a traités par la suspension, 5 ont éprouvé une notable amélioration, portant 3 fois sur ces troubles de la motilité et les 2 autres en même temps sur les troubles et sur la paralysie des sphincters.

L'efficacité du traitement a été aussi très nette chez un halluciné atteint de tabes avancé : conjointement avec la diminution des troubles moteurs et sphinctériens, on vit disparaître les hallucinations sensuelles et l'état général se relever.

Sans donner d'explication quant au mode d'action de la suspension, Ascher émet l'opinion qu'il ne peut guère s'agir de suggestion, car une partie de ses malades étaient indifférents à tout. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Nouveaux éléments de pathologie et de cliniques chirurgicales, par GROSS, ROHMER et VAUTRIN (*Tomes I et II, in-8°. Paris* 1890 *et* 1891).

L'ouvrage publié par Gross, avec la collaboration de Rohmer et Vautrin, tient le milieu entre le manuel et le traité didactique. Aussi n'est-ce point une œuvre à l'usage exclusif de l'étudiant. Si le lecteur n'y rencontre pas de longues dissertations sur l'étiologie, sur la pathogénie, la classification de tel ou tel symptôme, il est assuré de trouver une description très nette, en dépit de la concision voulue, et peut l'utiliser comme un guide vraiment pratique. Les auteurs se sont surtout appliqués à mettre en relief le côté thérapeutique et à mentionner tous les procédés récents de la cure chirurgicale. Une bibliographie résumée donne à la fin de chaque article l'indication des principaux travaux à consulter.

Le tome I comprend l'étude des maladies du crâne, du cerveau, de la face, de l'œil, de l'oreille, de la bouche. Le tome II est consacré aux maladies du cou, du rachis, de la poitrine, de l'abdomen et de l'appareil urinaire.

Il est difficile d'étudier dans le détail une œuvre synthétique embrassant toute la pathologie; à part quelques omissions rares et peu importantes dans certaines questions spéciales, l'ouvrage de Gross est bien complet, bien rédigé et forme un traité résumé qui me semble appelé à un réel succès. A. CARTAZ.

L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat, par Marcel BAUDOUIN (*In-8°. Paris*, 1890).

Il est difficile de concevoir un travail plus instructif que l'ensemble des documents rassemblés par Baudouin sur l'organisation du service de chirurgie de Terrier. On verra qu'il n'est pas besoin de courir à

l'étranger pour apprendre en peu de temps la façon de réaliser l'asepsie des salles d'opérés, les conditions les plus parfaites pour le traitement des plaies. Baudouin a suivi de près les transformations de ce service et nous donne, par un simple exposé, minutieux dans les moindres détails, les règles de désinfection des instruments, la propreté du malade, les devoirs qui incombent du fait de l'antisepsie, au chirurgien, à ses aides. Après cette description générale, l'auteur étudie l'antisepsie des diverses régions sur lesquelles doit porter l'opération. Quand on sait à quelle rigueur est poussée l'application de ces règles générales et particulières, on ne s'étonnera pas des succès obtenus dans la pratique, succès que les pièces justificatives annexées ne permettent pas de contester. A. CARTAZ.

De l'anesthésie locale par injection de cocaïne et du bon effet de la bande d'Esmarch, par E. KUMMER (*Revue médic. Suisse romande*, *X*, 354 *et* 377, *mai* 1890).

Robson (*British med. Journ.*, n° 1349) et Corning (*New York med. Journ.*, XLII) ont montré que par l'emploi de la bande d'Esmarch on peut renfoncer et prolonger l'effet anesthésique de la cocaïne. Ce résultat est évidemment dû à l'empêchement de la résorption.

Des expériences sur le lapin ont montré à Kummer que les injections suivies d'une opération faisant écouler avec le sang une partie de la cocaïne produisent une intoxication moins forte. Il a ensuite appliqué ces données à l'anesthésie chirurgicale. Chez les adultes, après avoir enroulé à la base du doigt la bande d'Esmarch, il injecte autour du champ opératoire, en divers endroits et à la profondeur désirable, quelques gouttes d'une solution de cocaïne au centième, en multipliant les injections jusqu'à 0,05 et en comprimant les piqûres pour empêcher l'issue du liquide.

Cette dose de 5 centigrammes employée de cette façon suffit pour rendre indolore l'opération de l'ongle incarné. Un des avantages de la bande d'Esmarch est de permettre de laisser à la cocaïne le temps nécessaire (8 minutes environ) pour produire son effet maximum.

Dans les opérations où l'usage de la bande d'Esmarch est impossible, on ne réussira à insensibiliser que la peau et, dans ce cas, une injection de 1 centigramme est suffisante. Les injections perdues, c'est-à-dire celles qui ne sont pas suivies d'opérations sanglantes, sont très dangereuses. En résumé, Kummer réserve la cocaïne pour opérer les doigts ou les orteils, parce que le champ opératoire peut être isolé du reste du corps par une ligature élastique. J. B.

Le réflexe crémastérien comme indicateur de l'anesthésie chloroformique, par O. GUELLIOT (*Union méd. du Nord-Est*, *n°* 11, *p.* 378, 1890).

Le réflexe crémastérien, produit par l'excitation cutanée du triangle Scarpa, est un excellent œsthésiomètre, plus sûr que le réflexe cornéen qui disparaît souvent avant lui.

L'excitation réflexogène doit cependant être de plus en plus énergique à mesure que la sensibilité s'atténue.

Le réflexe crémastérien paraît avoir chez l'homme la même significa-

tion que le réflexe labial inférieur chez le chien, et être l'ultimum sentiens.

LEFLAIVE.

I. — **Intracranial lesions**, par **W. KEEN** (*New York med. Assoc. Med. News*, *p.* 430, 1er *novembre* 1890).

II. — **Rupture of middle meningeal artery...**, par **J. RANSOHOFF** (*Amer. Surg. Assoc.*, *p.* 167; 1890).

I. — Les lésions intracraniennes dans lesquelles le chirurgien peut être appelé à intervenir, se divisent en deux classes : l'une comprenant les cas dans lesquels on note des signes de compression, abcès, tumeurs, hémorragie, etc., l'autre comprenant les affections se traduisant par des troubles fonctionnels, épilepsie traumatique et épilepsie vraie, céphalalgies rebelles, folie, etc.

Dans le premier groupe, les symptômes sont eux-mêmes de trois ordres; ils sont : 1° Dus à l'excès de pression agissant comme cause générale, commune à plusieurs affections et se traduisant par des troubles de motilité, sensibilité, d'intelligence, etc. ; 2° propres à la lésion elle-même ; vomissements cérébraux, céphalalgies, convulsions si c'est une tumeur; fièvre, vomissements cérébraux et dans les antécédents otite ou traumatisme, si c'est un abcès, etc. ; 3° particuliers à la zone cérébrale atteinte, c'est-à-dire symptômes de localisation.

Lorsqu'il n'existe que des troubles fonctionnels, pour qu'on soit autorisé à opérer, il faut que la maladie soit un danger pour la vie ou le développement du corps ou de l'intelligence ; que tous les moyens médicaux aient été essayés; que le danger de mort enfin ne soit pas tel qu'on n'en puisse courir le risque.

Dans les cas où le diagnostic est douteux, si les accidents sont trop graves, il faut tenter une trépanation exploratrice.

Keen étudie ensuite la technique opératoire : il insiste sur la nécessité de raser la tête, examiner avec soin toutes les cicatrices, la lésion du cerveau n'étant point toujours sous la cicatrice la plus apparente (1 observation personnelle très instructive à ce sujet); le cerveau mis à nu, on n'emploiera que de l'eau bouillie, s'il y a hémorragie de l'eau chaude (50° au maximun). Si un des sinus a été ouvert, la ligature est le meilleur mode d'hémostase. Horsley lia le sinus chez un malade atteint d'anévrisme de la base du crâne, auquel il avait enlevé une large portion du frontal, la portion squameuse du temporal; relevant ensuite le lobe frontal, il put confirmer son diagnostic; le patient, auquel on avait déjà lié les deux carotides, guérit de l'opération.

Keen considère le drainage comme inutile : pour éviter le choc dû à la durée de l'opération, il emploie des couronnes de 1 pouce 1/2 de diamètre.

Il montre combien les résultats de l'intervention sont encourageants pour les abcès, pour les tumeurs où chaque opéré guéri est un malade sauvé de la mort; les tumeurs du cervelet sont les plus graves, un petit nombre a été opéré et le résultat a toujours été fatal.

Le quart des épileptiques opérés a guéri, la plupart ont été améliorés. Enfin, l'intervention reste légitime pour les hémorragies de la méningée

qui ont donné quelques bons résultats, pour les céphalalgies rebelles, la folie traumatique, la paralysie générale.

J. Putnam montre que les zones corticales correspondant aux mouvements particulièrement spécialisés (main) sont facilement excités par des lésions distantes de ces centres et qu'un spasme localisé de la main par exemple, n'indique nullement une lésion du centre correspondant. Les paralysies motrices localisées ont une plus grande valeur.

Ch. K. Mills fait également remarquer qu'il existe des spasmes localisés d'origine réflexe, urémique, toxique, hystérique, mais qu'il serait bien imprudent d'opérer d'après ces signes; de même, pour les troubles moteurs consécutifs à des hémorragies, à des abcès : ils sont souvent produits par diffusion de la lésion et ne conduisent point le chirurgien au siège de la lésion.

J. B. Roberts demande le drainage pour les coups de feu en particulier : il veut aussi, que dans tout abcès du cerveau, de cause douteuse, même sans otite, on ouvre l'apophyse mastoïde : si l'on y trouve du pus, l'exploration du lobe temporal est aussitôt indiquée.

Joseph Bryant insiste sur les accidents très sérieux qui suivent des traumatismes insignifiants en apparence : un traumatisme léger du cerveau, à la partie supérieure du sillon de Rolando, a pu détruire tous les centres moteurs, sans donner lieu à des troubles généraux graves ; des complications fatales se développent lors d'une lésion qui paraissait bénigne.

Th. H. Manley a observé des faits semblables ; il n'y a point de relation obligée entre les lésions du crâne et du cerveau, une attrition profonde du cerveau peut exister avec un crâne intact et inversement.

II. — J. B..., âgé de 28 ans, dans une chute de la hauteur de 8 pieds, se fait une fracture de l'avant bras; il ne se plaint d'aucun autre trouble et vaque à ses affaires durant les jours suivants.

Le huitième jour après sa chute, il se plaint de migraine, se met au lit et perd bientôt connaissance.

La respiration devient stertoreuse et fréquente, 28 à la minute, le pouls tombe à 40, pas de fièvre, coma.

Puis le pouls remonte à 70, avec une température rectale de 38°,4. On porte le diagnostic d'hémorragie et on trépane sur l'artère méningée gauche (on avait noté une légère paralysie de la joue droite).

On fait au temporal une ouverture de deux pouces de large sur 1 pouce de haut et on extrait un volumineux caillot extra duremérien; l'hémorragie s'arrêta. Le patient qui paraissait moribond après l'opération, reprit connaissance au bout de 6 heures; la plaie était presque entièrement cicatrisée et la guérison semblait assurée, lorsque 9 jours après l'opération survint une hémorragie profuse qui s'arrêta spontanément pour reparaître le lendemain.

La plaie est ouverte de nouveau, nettoyée et tamponnée pour une hémorragie artérielle persistante et venant de la profondeur, qui ne put être arrêtée que par la ligature de la carotide primitive. Cette dernière intervention fut faite avec une antisepsie insuffisante; la suppuration envahit les deux plaies et de la pyémie se déclara; cependant on put modifier l'état des plaies qui le 10e jour étaient bourgeonnantes, lorsque le 15e jour survint une nouvelle hémorragie par la carotide ; on put lier le bout supérieur, source de l'hémorragie, mais le patient épuisé, succomba sans avoir repris connaissance 10 heures après ue ut écoulement avait cessé.

Bien que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, Ransohoff rejette l'existence d'une fracture qu'il n'a pu constater sur le temporal ou dans la fosse zygomatique mis à découvert, ni dans la fosse moyenne qu'il a explorée en entier avec le doigt : il suppose que l'artère a été déchirée juste à son entrée dans le crâne.

R... ne connaît que 3 cas de ligature de la carotide primitive pour hémorragie de la méningée moyenne : ce sont ceux de Bentley, mort d'hémorragie secondaire au 3e jour, d'Alexander, le seul suivi de guérison et celui de Gamgee. Howse a lié la carotide externe et son opéré est mort.

MAUBRAC.

Chirurgie des Centralnervensystems, par V. HORSLEY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 903, 29 *septembre* 1890).

A. *Cerveau.* — L'intervention chirurgicale est indiquée dans les circonstances suivantes :

1° Toutes les blessures du cerveau, car c'est le seul moyen de remettre le malade dans le *statu quo ante* et de prévenir des attaques épileptiques, la perte de la mémoire ou une démence imminente. Un médecin, s'étant fracturé la tempe, était devenu hémiplégique. Le 10e jour, il était dans le coma avec la respiration de Cheyne-Stokes. A la suite de l'opération qui enleva des caillots sanguins, le blessé s'est assez parfaitement rétabli, il y a deux ans déjà, pour avoir repris sa clientèle.

2° Dans tous les cas d'hémorragie intra cérébrale, la carotide primitive doit être liée si le médecin est appelé dans les quatre heures qui suivent. On pourrait même, le cas échéant, chercher à lier aussi l'artère lenticulaire. Par des expériences sur les singes, Spencer et Horsley ont reconnu que si, après avoir sectionné les artères lenticulaire ou cérébrale moyenne, on lie la carotide, l'hémorragie s'arrête.

3° Dans tous les cas de céphalée rebelle, on doit trépaner et drainer s'il s'agit d'états inflammatoires, bien que Horsley ne soit pas certain qu'il soit possible d'arrêter ainsi des processus inflammatoires ; en tout cas, s'il s'agit d'inflammations localisées telles qu'abcès, l'opération est utile au malade.

4° Les tumeurs sont communément opérées trop tardivement. On devrait intervenir dès que six semaines se passent sans amélioration.

5° Dans la pachyméningite, mais seulement au début, il est bon d'exciser les tissus épaissis. Les gommes doivent également être enlevées, car l'iodure de potassium ne produit qu'une amélioration sans guérison véritable.

6° Les tubercules doivent aussi être opérés autant que possible. En ce qui touche les autres tumeurs malignes, Horsley a enlevé un sarcome cérébral chez un malade comateux ; la récidive se fit l'année suivante et l'homme succomba sans opération nouvelle. Horsley est d'avis de toujours opérer les tumeurs malignes pour soulager les douleurs.

7° Dans l'athétose et les autres convulsions spasmodiques, l'opération est également indiquée. Chez un opéré d'Horsley, les convulsions ont reparu, parce que l'excision du centre correspondant avait été insuffisante d'étendue.

8° Dans l'épilepsie jacksonnienne, on doit explorer, avec le courant

d'induction, la surface du cerveau jusqu'à ce qu'on ait trouvé la région qui est le point de départ des convulsions ; on excise alors cette région.

9° Dans l'encéphalocèle, l'électrolyse donne de bons résultats.

En tout, Horsley a opéré 43 malades, sur lesquels 10 ont succombé, 2 au choc opératoire et 2 à la septicémie.

B. *Moelle.* — Horsley a fait 19 trépanations du rachis, sur lesquelles il n'a eu qu'un décès.

1° Dans les fractures du rachis, on doit intervenir dès l'apparition des phénomènes de compression (5 observations personnelles).

2° Dans la paraplégie par caries vertébrales, Horsley est intervenu sept fois : 6 fois avec succès satisfaisant, 1 fois sans autre résultat que la rémission des douleurs. Mais il ne faut pas oublier que sans opération, le pronostic est absolument mauvais.

Dans la discussion du Congrès international de Berlin, *Erb* déclare que le diagnostic en neurologie n'est pas encore assez avancé, pour qu'on puisse appliquer utilement les propositions de Horsley. J. B.

Vaste épanchement sanguin intra-cranien consécutif à une rupture de l'artère méningée moyenne, par ROCHET (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 *décembre* 1890).

Homme de 28 ans, chute d'une voiture, perte de connaissance; le lendemain gonflement et ecchymose de la région temporale droite. Pas de plaie, pas d'hémorragie nasale ni auriculaire. Aucun signe de paralysie. Vingt-quatre heures plus tard celle-ci apparaît d'abord à la face du côté gauche, puis sur les membres supérieur et inférieur droits. Diminution de la sensibilité, dilatation de la pupille droite. Au bout de cinq jours, le malade, restant dans une sorte de torpeur inintelligente, la trépanation est pratiquée sur le trajet de la scissure de Rolando, au point même où un trait de fracture du pariétal la croise. La couronne de trépan détachée, la résection osseuse est agrandie et l'on tombe dans une cavité considérable, remplie de caillots et occupant toute la région temporo-pariéto-occipitale; cette cavité est limitée en dehors par le squelette cranien et en dedans par l'hémisphère droit aplati et déprimé. Après ablation des caillots, tamponnement à la gaze iodoformée.

Le soir même de l'opération, le malade a repris connaissance et 15 jours plus tard il n'existait plus que quelques minimes traces de la paralysie des membres. OZENNE.

Chirurgie rachidienne du mal de Pott, par CHIPAULT (*Arch. gén. de méd., octobre, novembre et décembre* 1890).

La chirurgie peut se proposer de remplir deux indications principales dans le mal de Pott :

1° Enlever le point osseux malade ;

2° Dégager la moelle comprimée par un séquestre, par un abcès intra-rachidien, plus souvent par les fongosités tuberculeuses de la pachyméningite externe.

1° Ablation des points osseux malades. Dans le mal de Pott postérieur, sauf un cas malheureux, le résultat de l'intervention a toujours été très satisfaisant. Pour le mal de Pott des corps vertébraux, la plupart des tentatives ont été couronnées de succès. Le corps des vertèbres lombaires est accessible par l'opération de Trèves, même lorsqu'il n'y a pas d'abcès cliniquement appréciable. Les vertèbres vraiment chirurgicales sont donc, comme disait déjà Trèves, les lombaires et la 12e dorsale.

2° Dégagement de la moelle comprimée. Sur ce point, les conclusions sont beaucoup moins nettes. Sur 35 faits réunis par l'auteur, il y a eu, dans 20 cas, amélioration ou guérison définitive. Les insuccès fonctionnels tiennent à une récidive possible, à l'insuffisante étendue de la trépanation, à la gravité trop grande des lésions médullaires. Il faut compter aussi avec les autres déterminations tuberculeuses.

Il faut tenir grand compte du siège, de l'étendue et de la forme de la lésion osseuse. Lorsque la tuberculose siège sur les arcs et qu'il y a paraplégie, on doit presque toujours intervenir. On peut espérer, en effet, non seulement libérer la moelle, mais encore supprimer le foyer tuberculeux. RICHARDIÈRE.

I. — **Chirurgia della colonna vertebrale, par LAMPIASI** (*Soc. italiana de Chirurgia in Bologna*, 16 *avril* 1889).

II. — **Spinal caries, pressure, paraplegia, resection of laminæ, par Herbert W. PAGE** (*Lancet, vol. II, p.* 1210, 1890).

III. — **De l'intervention chirurgicale dans les cas de paralysies par compression du mal de Pott, par BULLARD et BURRELL** (*Transact. of the Americ. Orthopedic Assoc., vol. II, p.* 240).

I. — 1° Un homme de 28 ans, à la suite d'une chute, est atteint de fracture du rachis avec paralysie des membres inférieurs et de la vessie. Une incision de 12 centimètres permet de constater : une fracture de l'épine de la 10e dorsale, une fracture de l'apophyse articulaire supérieure de la 12e dorsale, une luxation en arrière de l'apophyse articulaire supérieure de cette même 12e dorsale : l'apophyse épineuse de la 10e et l'apophyse articulaire de la 12e sont réséquées.—Les phénomènes de paralysie ne furent pas amendés par l'opération et la mort survint au bout de 6 jours.—A l'autopsie on trouva que le disque cartilagineux de la 12e vertèbre resté adhérent à la 11e vertèbre, faisait en arrière une saillie de 2 centimètres comprimant la partie antérieure de la moelle;

2° Un paysan de 38 ans est violemment contusionné dans la région dorsale, avec douleur vive entre la 9e et 11e dorsale, sans signe de fracture : paraplégie complète et paralysie de la vessie. Une incision fait reconnaître une dépression avec fracture au niveau de la lame droite de la 10e dorsale : une couronne de trépan permet de relever cette lame : nulle autre lésion apparente de la dure mère : guérison lente, mais complète, avec retour de toute la motilité au bout de 8 mois. M.

II. — La résection des lames vertébrales des 7e et 8e vertèbres dorsales faite par Herbert Page dans un cas de carie avec compression médullaire n'amena aucune amélioration.

Au cours de l'opération on découvrit en effet des lésions du corps même des vertèbres, lésions impossibles à atteindre sans léser la moelle. Si l'opération en elle-même est facile, il est dans les cas de ce genre à peu près impossible de prévoir à l'avance l'étendue des lésions et l'efficacité de l'intervention. A.-F. PLICQUE.

III. — Les contre-indications que relève l'auteur sont tirées de la santé générale du patient, de la présence de tubercules dans d'autres organes, de la présence d'un abcès en rapport avec la lésion et que l'on peut exciser par un autre moyen, de la présence d'une exacerbation des symptômes médullaires et ne menaçant pas l'existence.

Les indications sont une santé générale satisfaisante · l'affection mar-

che progressivement et sûrement entraînera la mort : le patient est atteint de paraplégie plus ou moins complète avec incontinence d'urine et de matières fécales ; ou ces symptômes ont eu une durée assez longue pour faire affirmer que leur disparition est en grande partie impossible ; enfin les symptômes médullaires aigus menacent la vie, et il y a espoir de la voir disparaître par la suppression de la compression.

L'auteur rapporte une observation personnelle et termine par une bibliographie. F. VERCHÈRE.

Ligature of the abdominal aorta, par MILTON (*Lancet, p.* 86, 10 *janvier* 1891).

Ligature de l'aorte abdominale faite pour la rupture d'un anévrisme de cette artère. L'opération fut assez facile et n'exigea que douze minutes, la tumeur anévrismale ayant servi de guide. Sur les onze observations de ligature de l'aorte que Milton a pu recueillir, celle-ci serait la seule où la ligature a été pratiquée pour un anévrisme. Il y eut arrêt complet des battements dans la tumeur et dans les fémorales. Mais l'opéré mourut de choc au bout de 24 heures; il se plaignait pendant ces quelques heures de survie de douleurs excessives dans les membres inférieurs. A.-F. PLICQUE.

Subclavian aneurysm spontaneously cured by sloughing (Guérison spontanée d'un anévrisme de la sous-clavière par gangrène), par OLIVER (*Lancet, II, p.* 823, 1890).

Des traitements antérieurs par l'iodure et la galvanopuncture n'avaient amené qu'une amélioration. Plusieurs mois après les derniers essais, le malade est rapporté dans le collapsus, offrant une tumeur formée de caillots mais non pulsatile de toute l'épaule, due évidemment à la rupture du sac. Le sang suintait par gouttes d'un point du gonflement. On put réussir à l'arrêter par des applications répétées de collodion. Cette masse se gangréna; le volume de la portion éliminée atteignit le volume d'une tête d'enfant ; l'élimination se fit sans hémorragie. A la place de l'anévrisme il ne reste qu'une petite ulcération et une très large cicatrice. A.-F. PLICQUE.

Un cas d'anévrisme artério-veineux du sinus carotidien ayant envahi la cavité cranienne, par POIRIER (*Arch. gén. de méd., novembre* 1890).

Obs. d'un jeune Anglais qui, ayant reçu dix ans auparavant une balle dans la région parotidienne droite, était depuis quelques mois sujet à des attaques épileptiformes.

Le malade avait une saillie notable d'œil droit avec développement marqué de la circulation veineuse sur le globe oculaire, les conjonctives et autour de l'orbite.

Il percevait contiuellement dans l'oreille un bruit de sifflement qu'il comparait à un jet de vapeur. Avec le microphone de Boudet de Pâris, on percevait un bruit de souffle continu, avec renforcement isochrone à la systole cardiaque. Il y avait hémiplégie faciale droite. Poirier pratiqua la ligature de la carotide primitive droite. Les attaques épileptiformes cessèrent complètement. L'œil reprit sa position normale. Seule, la paralysie faciale persista. Un an après, un léger bruissement était revenu dans l'oreille.

Poirier pense que seul un anévrisme artério-veineux du sinus carotidien permettait ce groupement de symptômes.

Si les accidents reparaissent et deviennent très pénibles, Poirier se propose de faire la ligature de l'autre carotide primitive. RICHARDIÈRE.

Ueber multiple cavernöse Angiome, par HILDEBRAND (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXX. p.* 91).

Une fille de 21 ans avait vu, à l'âge de 3 ans, se développer, sur le thenar de sa main gauche, une petite tumeur bleuâtre qui augmenta progressivement de volume en même temps que de petites tumeurs analogues naissaient sur l'avant-bras, le bras et l'épaule jusqu'au cou. Quand elle entra à la polyclinique de Gottingen tout le pouce et le thenar semblaient transformés en une tumeur volumineuse composée elle-même de mamelons bleu foncé; sa consistance était ferme, fibroïde, manifestement érectile. Les tumeurs secondaires, disséminées sur le membre et du volume d'un œuf à un noyau de cerise, siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané; elles étaient également bleuâtres par transparence, mobiles sur les parties profondes et sans adhérence à la peau. La tumeur principale ayant envahi les muscles du thenar, il fallut désarticuler le pouce, mais les tumeurs secondaires purent être enlevées par de simples incisions cutanées. Pas d'hémorragie. Guérison rapide. L'examen histologique de ces tumeurs montra qu'il s'agissait d'angiomes caverneux purs; elles étaient formées d'une capsule conjonctive constituée aux dépens du tissu cellulaire périphérique, de la paroi interne de laquelle naissaient des cloisons interceptant entre elles un réseau de mailles rempli de sang, de caillots et de phlebolithes.

L'auteur pense que la tumeur est d'origine veineuse parce que les tumeurs secondaires se sont développées sur le trajet des veines sous-cutanées et que, sur trois préparations injectées, il a réussi à isoler des communications directes des tumeurs avec un tronc veineux; mais cependant certaines tumeurs renfermaient un vaisseau de structure artérielle, de telle sorte qu'il est probable qu'elles se sont développées entre une artère et une veine. DE SANTI.

I. — Removal of the Gasserian ganglion for severe neuralgia, par W. ROY (*Lancet, p.* 914, 1er *novembre* 1890).

II. — Contributo allo studio del valore terapeutico dello stiramento del nervo facciale nel Tic non doloroso della faccia, par E. SCIAMANNA et G. CRESPI (*Bullet. della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, mai* 1890).

III. — Ueber Facialisdehnung bei klonischen Facialiskrampf (Extension du nerf facial dans un cas de convulsions cloniques), par R. SCHOTT (*Deutsche med. Woch., n°* 44, *p.* 967, 1890).

IV. — Severe traumatic sciatic... (Sciatique due à la perforation du nerf sciatique par une aiguille osseuse), par Bland SUTTON (*Brit. med. j., p.* 900, *octobre* 1890).

I. — Chez un malade de 60 ans atteint de névralgie faciale atroce et ayant inutilement subi la section du nerf dentaire inférieur, la résection de ce nerf, la résection du nerf lingual, Roy se décida à enlever le ganglion de Gasser. Après avoir réséqué le maxillaire supérieur, il put, l'hémorragie une fois arrêtée, apercevoir nettement le trou ovale. Il fit une séparation à la grande aile du sphénoïde en prenant pour centre le trou ovale, et en s'aidant d'une petite lampe électrique, il aperçut le ganglion de Gasser qui fut enlevé en quatre fragments sans léser la dure-mère. L'examen histologique montra que ce ganglion était le siège d'une sclérose interstitielle. Le soulagement fut complet, mais il se produisit des ulcérations cornéennes qui nécessitèrent l'énucléation de l'œil. Dans une opération analogue, Roy conseillerait de terminer par la suture des paupières pour éviter les complications oculaires.

Cette observation paraît être le premier cas de résection du ganglion de Gasser pratiquée sur le vivant. Au bout de six mois le soulagement ne s'était pas démenti. A.-L. PLICQUE.

II. — Sur 23 cas dont on connaît les résultats, l'élongation du nerf facial dans le tic non douloureux a produit 10 succès bien constatés, 6 améliorations permanentes et 7 insuccès, et encore les insuccès tiennent-ils le plus souvent à des fautes opératoires. Cette opération peut donc être considérée comme donnant des résultats avantageux, d'autant plus que les risques qu'elle fait courir au malade se réduisent à une petite cicatrice et à une paralysie passagère. GEORGES THIBIERGE.

III. — Une femme de 31 ans a été atteinte subitement, sans cause connue, de convulsions cloniques du facial droit, en 1882; la maladie a résisté à toutes les médications. Les secousses augmentent sous l'influence de la parole, des excitations les plus légères, elles ne cessent que pendant le sommeil.

Le 29 octobre 1887 (cinq ans après le début de la maladie), Kraske fait une incision à 1 centimètre du conduit auditif externe, parrallèlement à la branche montante du maxillaire, et découvre, non sans peine, le facial; élongation de ce nerf. Quand le sujet se réveille, on constate la cessation des convulsions dans les régions supérieures et moyennes; au bout de quatre heures, paralysie faciale. Mais les convulsions n'ont pas complètement disparu dans le domaine du facial inférieur.

Après cinq mois, en avril 1888, la paralysie est guérie, mais les convulsions ont reparu progressivement. La récidive est complète. L'état n'est pas différent de ce qui existait avant l'opération. L. GALLIARD.

IV. — Un marin subit une luxation de la hanche, du fait de la chute d'une vergue, et la réduction ne peut être faite que six jours après; mais il persiste une névralgie sciatique intense, qui dure plus de six mois sans rémission. A cette date, une opération est pratiquée pour reconnaître la cause de la sciatique. Le sujet étant couché sur le ventre, une incision est conduite le long de la grande échancrure sciatique de façon à découvrir le nerf : on trouve une aiguille osseuse implantée entre ses faisceaux. L'ablation du corps étranger amène une guérison rapide. H. R.

De la taille stomacale, par A. HEYDENREICH (*Semaine méd.*, 7 *janvier* 1891).

Heydenreich discute dans ce travail les indications de l'opération, la ligne de conduite à suivre et publie le cas personnel suivant :

Homme de 29 ans, avaleur de sabres, entre à l'hôpital le 21 juillet, ayant avalé une longue cuillère. L'accident est arrivé le 8 : vomissements pendant trois jours, puis douleurs dans l'hypochondre et de nouveau vomissements, puis diarrhée. La palpation fait vaguement sentir le corps étranger.

Le 22 juillet, opération après anesthésie. Incision de 10 centimètres sur la ligne blanche, au-dessous de l'appendice xyphoïde. La paroi stomacale mise à découvert, on repousse un des bouts de la cuillère vers la paroi qui est incisée sur une longueur de 3 centimètres. Ablation du corps étranger Suture de l'estomac par six points de suture. Suture du péritoine au catgut, des parois abdominales au fil d'argent. Diète absolue. Le troisième jour, un peu de champagne. Malgré l'indocilité du malade au sujet de l'alimentation, guérison parfaite. La cuillère mesurait 20 centimètres 1/2 de long sur 3 centimètres de large. Poids : 27gr,50. A. C.

On Gastroenterostomy, par BEATSON (*Lancet*, *vol. II*, *p.* 761, 1890).

1° Homme de 45 ans. Gastro-entérostomie, pour un cancer du pylore. Beatson ne s'attacha point à prolonger les recherches pour trouver le duodenum.

Il choisit une anse d'intestin grêle qui s'appliquait aisément sur l'estomac. L'opération ne dura qu'une demi-heure. L'alimentation fut faite exclusivement par la voie rectale après l'opération. Le malade mourut d'épuisement le second jour;

2° Homme de 58 ans, très affaibli. Gastro-entérostomie pour un cancer du pylore. L'opération dure trois quarts d'heure. L'union intime de l'estomac et de l'intestin est assurée comme dans l'opération précédente, non seulement par les sutures, mais au moyen de plaques d'os décalcifié. Le malade est alimenté par la bouche aussitôt après l'opération. Il meurt à la suite d'un refroidissement quatre semaines après l'opération.

Comme conclusion Beatson recommande : 1° d'éviter le lavage préalable de l'estomac chez les sujets très nerveux et affaiblis; 2° de faire l'incision assez bas sur la ligne blanche, l'estomac étant dilaté; 3° de prendre pour l'abouchement stomacal l'anse d'intestin la plus commode; 4° de se servir pour compléter l'abouchement de plaques d'os décalcifié; 5° de commencer de suite l'alimentation buccale. A.-F. PLICQUE.

Traitement du rétrécissement de la valvule iléo-cœcale, par PÉAN (*Bull. Acad. de méd.*, 30 *décembre* 1890).

Le procédé, imaginé par Péan, consiste à créer, sans enlever une portion du tube intestinal, une dilatation à l'endroit même, où existe le rétrécissement : voici en quoi il consiste. La valvule iléo-cœcale étant mise à découvert par une incision abdominale latérale, on attire au-dehors les parties voisines du cæcum et de l'iléon et on place au-dessus deux tubes de caoutchouc fortement serrés. Cela fait, une incision de 8 centimètres est pratiquée sur l'intestin au niveau et de chaque côté de la valvule, et la portion rétrécie étant ainsi abordable, on résèque le tissu fibreux et la muqueuse au ras de la musculeuse. On rapproche ensuite avec des pinces les deux extrémités de la plaie intestinale, de façon que l'iléale et la cæcale se touchent et s'adossent. Par le fait de ce rapprochement, l'incision de l'intestin, de longitudinale qu'elle était, prend d'abord la forme d'un losange dont les deux côtés sont représentés par les lèvres de l'intestin grêle et les deux autres par celles du gros intestin, avant de devenir transversale. A ce moment on suture l'une à l'autre les lèvres opposées de la plaie intestinale de façon à en obtenir l'occlusion parfaite. La suture terminée, les anses de caoutchouc sont retirées et l'opération est terminée comme toute laparotomie.

Ce procédé se recommande par sa facilité d'exécution, par l'application d'un nombre d'anses de suture moindre que dans la résection, par l'absence de rétrécissement circulaire consécutif et par la formation d'une dilatation ampullaire à la place même du rétrécissement. OZENNE.

I. — Hypertrophie et congestion du foie. Obstruction probable des voies biliaires avec ictère très intense, etc., par TERRIER (*Bull. Acad. de méd.*, 4 *novembre* 1890).

II. — Un cas de fistule biliaire consécutive à la ponction d'un kyste hydatique du foie, par THIÉRY (*Gaz. méd. Paris*, 8 *novembre* 1890).

III. — Lithiase de la vésicule biliaire coexistant avec un cancer des conduits biliaires et du foie, par LE DENTU (*Bull. Acad. de méd.*, 30 *décembre* 1890).

IV. — Cholecystotomy for Gall stones, par ROBSON (*Lancet*, *I*, *p.* 79 1891).

V. — Zur Chirurgie der Gallenblase (Vésicule biliaire), par VOIGT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 34, *p.* 766; 1890).

VI. — Coliques hépatiques depuis 26 ans; cholécystectomie; guérison, par TERRIER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 *septembre* 1890).

VII. — Dilatation considérable de la vésicule biliaire. Ponction de la vésicule. Résection ultérieure d'une partie de la vésicule, par TERRIER (*Ibidem*, 23 *décembre* 1890.)

VIII. — Calcul du canal cystique; cholécystectomie partielle, par LE DENTU (*Ibidem*, 30 *décembre* 1890).

IX. — De la cholécystectomie, par CALOT (*Thèse de Paris*, *décembre* 1890).

X. — Ablation d'un morceau de foie rempli de petits kystes hydatiques, par TERRILLON (*Bull. Acad. de méd.*, 20 *janvier* 1891).

I. — Homme de 33 ans. En janvier 1890, accidents fébriles intenses avec douleurs stomacales, teinte subictérique. Très notable hypertrophie du foie, ictère généralisé à la suite d'une ponction, puis au bout d'une semaine, augmentation rapide du volume du foie, qui remplit une partie de l'abdomen. Coloration ictérique très intense des téguments ; urine acajou, selles décolorées, douleurs abdominales et lombaires. A l'ouverture du ventre, on constate que le foie est congestionné, mais n'est le siège d'aucune tumeur, et que du côté des voies biliaires aucun calcul n'est perceptible.

Après suture du fond de la vésicule à la paroi abdominale, on crée une fistule biliaire. Dans les jours qui suivent, disparition rapide de l'ictère et diminution du volume du foie ; le cinquième jour les selles reprennent une coloration jaunâtre et dans la suite les fonctions digestives redeviennent normales. Persistance de la fistule biliaire trois mois après l'opération. L'examen chimique de la bile a montré qu'elle renfermait moins de matières fixes qu'à l'état normal.

II. — Femme de 25 ans, présentant les symptômes d'un kyste hydatique du foie. Ponction avec un gros trocart ; issue de nombreuses hydatides flétries, injection dans la poche d'une solution de sublimé au 12,000e ; le liquide ne ressort pas. Le lendemain éruption ortiée. Pendant une quinzaine de jours on pratique des lavages phéniqués et à chaque séance il s'écoule des hydatides en nombre assez considérable. Au bout de ces deux semaines, apparition d'un écoulement de bile qui devient continu et persiste jusqu'à la mort survenue 14 jours plus tard dans le collapsus. OZENNE.

III. — Femme de 41 ans, ayant depuis six mois plusieurs crises de coliques hépatiques. Actuellement douleurs abdominales, vomissements, ictère et existence d'une volumineuse tumeur, dont la partie inférieure plonge profondément dans la cavité abdominale. Incision latérale, qui met à nu le foie très congestionné et la vésicule, dont la cavité est remplie de nombreux calculs ; on en pratique l'extraction, ainsi que l'ablation d'un ganglion dans l'épaisseur de l'épiploon ; suture partielle de la vésicule, drainage et pansement. Mort de collapsus, trois jours après. A l'autopsie, on découvre de nombreux ganglions autour de la vésicule, une dégénérescence cancéreuse du fond de l'organe et, dans le foie, des noyaux multiples, de la grosseur d'une châtaigne, dont l'examen histologique a révélé la nature sarcomateuse fasciculée. OZENNE.

IV. — Robson rapporte deux observations de lithiase biliaire traitées avec succès par la cholécystotomie. Il fit l'opération bien qu'il n'y eut aucun signe physique du côté de la vésicule. L'intensité des douleurs lui parut constituer une indication. Il retira cinq calculs chez le premier malade,

un seul chez le second. Dans les cas d'attaques répétées de coliques hépatiques, Robson conseille donc l'intervention même sans tuméfaction locale évidente. A.-P. PLICQUE.

V. — Voigt publie 13 cholécystotomies idéales, d'après Bernays-Kuster, pratiquées à Barmen par Heusner. Dans les 13 cas, il s'agissait de lithiase biliaire; les opérés ont guéri.

Dans un des cas, Heusner a dû inciser le canal cholédoque sur une longueur de près de 2 centimètres pour extraire un calcul qui y était fixé. La partie délicate de l'opération a été la suture du canal à l'aide de huit fils de soie très fins. Comme cette suture n'empêchait pas complètement le suintement de la bile, il a fallu laisser pendant huit jours un drain dans la plaie. L'opérée a guéri en trois semaines.

Ajoutons aux 13 opérations citées 3 cholécystotomies chez des sujets qui, avec les calculs, avaient du carcinome de la vésicule; un de ces sujets a survécu six mois. L. GALLIARD.

VI. — Femme de 55 ans, coliques hépatiques depuis 20 ans. A partir du mois de décembre 1889, nouvelles crises plus violentes avec tendances syncopales et tumeur formée par la vésicule biliaire dilatée. Le 7 juillet 1890, cholécystectomie; 250 grammes environ de liquide visqueux, à peine teinté en jaune, en sont retirés par une ponction; puis après avoir un peu dénudé l'organe de ses adhérences avec le foie et le duodénum, on l'ouvre et on extrait un certain nombre de calculs de cholestérine; à deux reprises on est obligé d'agrandir l'incision pour parvenir sur d'autres calculs situés plus profondément aux environs du col, dans lequel l'un deux est enchatonné et immobilisé; après de patients efforts, ce dernier est morcelé et enlevé. Durant ces manœuvres, les parois de la vésicule sont maintenues par des pinces à pression que l'on réunit en faisceau et au-dessous desquelles on place une ligature comprenant le col de la vésicule. Après ablation de la vésicule, lavage et drainage de la plaie, sutures du péritoine, sutures successives des plans aponévrotiques et des téguments; pansement au salol. Guérison parfaite. OZENNE.

VII. — Femme de 50 ans, atteinte de douleurs dans la région du foie et d'augmentation du ventre depuis 6 mois. Actuellement douleurs dans le côté droit du ventre, quelques troubles dyspeptiques légers, alternatives d'émission d'urine claire et noire. Tumeur abdominale, nettement fluctuante, remplissant les deux tiers supérieurs du ventre. Ponction; issue de 24 litres d'un liquide couleur gomme-gutte non filant. 15 jours plus tard, la laparotomie fait découvrir sous le péritoine pariétal, au-devant de l'épiploon, une vaste poche mal remplie qui remonte en haut jusque sous le foie et qui se prolonge très loin en bas et latéralement; ses parois adhèrent en avant aux parties voisines; dans sa cavité quelques litres d'un liquide non filant couleur gomme-gutte. Perception dans le canal cystique d'un calcul de cholestérine gros et enchatonné. La poche étant largement ouverte, on en résèque les bords et on les fixe aux téguments. Drainage de la cavité. Pansement antiseptique.

Deux jours après l'opération, selles abondantes et colorées; fistule biliaire pendant un mois. Guérison.

L'examen histologique de la vésicule distendue a révélé différentes altérations des épithéliums et dans la bile la présence d'un diplocoque pur. Ce fait est donc un exemple de rétention biliaire cholécystique chronique d'origine calculeuse, compliquée d'une infection secondaire du milieu biliaire par un diplocoque pur.

VIII. — Femme de 39 ans, depuis longtemps hépatique et actuellement

atteinte d'une dilatation de la vésicule et d'une ectopie rénale droite avec phénomènes douloureux et troubles digestifs. Laparotomie; ponction et incision de la vésicule; on sent enclavé dans le calcul cystique un calcul, dont l'extraction est assez pénible; il est ovoïde, mesure 1 centimètre et demi et pèse 2 gr,50 c. Après son extraction, issue d'un flot de bile; ensuite résection partielle de la vésicule, fixation à la paroi abdominale et drainage. Vers le cinquième jour apparaît un spasme du canal cholédoque, qui donne lieu à de petites coliques hépatiques. Guérison le vingtième jour sans fistule. L'examen de la portion du ventricule enlevée a montré qu'il s'agissait d'une cholécystite fibreuse chronique; le liquide, contenu dans son intérieur, ne renfermait plus aucune trace des éléments constitutifs de la bile. OZENNE.

IX. — L'auteur a recueilli 71 observations, et donne la relation détaillée de plus de 40 cas, dont deux de Terrier et un de Broca inédits. Le relevé de ces 71 observations donne 60 guérisons et 11 morts. La mortalité serait donc de 10 0/0. Mais dans 5 cas la cause de la mort ne peut être imputée à l'opération, ce qui abaisse la mortalité à 9,5 0/0.

Calot insiste sur une manœuvre opératoire qui consiste à former une petite cavité où l'on place le moignon cystique, indépendante de la grande cavité péritonéale, et que l'on peut facilement drainer, évitant ainsi les accidents de péritonite qui ont emporté 7 malades.

La cholécystectomie est l'opération de nécessité ou de choix dans les 5 cas suivants : lésion traumatique; hydropisie ou empyème, tumeur organique; fistules biliaires persistantes; accidents de la cholélithiase.

Elle ne reconnaît que deux contre-indications : 1° la trop grande étendue des adhérences rattachant la vésicule aux organes voisins; 2° l'occlusion du cholédoque, si ce n'est dans le cas très rare où cette occlusion est produite par une tumeur de la vésicule. Le premier cas est justiciable de la cholécystectomie; le deuxième cas, de la cholécystentérostomie.

On voit ainsi que les indications de ces deux dernières opérations sont considérablement réduites aux dépens de la cholécystectomie.

MAUBRAC.

X. — Femme de 53 ans ; à la suite d'une chute, datant de 6 ans, douleurs dans l'hypocondre droit, puis augmentation de volume de la région, qui s'est graduellement accrue pendant quelque temps. Actuellement, outre de l'amaigrissement et de l'affaiblissement général, on constate l'existence d'une tumeur fluctuante de la région hépatique, dont on retire par une ponction 100 grammes d'un liquide de kyste hydatique. La laparotomie consécutive montre qu'une portion du foie, bosselée et mamelonnée, est remplie de petits kystes. La base de cette tuméfaction hépatique était circonscrite avec un tube de caoutchouc, il se produit une sorte de pédiculisation mesurant 24 centimètres de circonférence; la portion du foie, ainsi étranglée par la ligature élastique, est maintenue au dehors par une suture exacte des lèvres de la plaie abdominale.

Sept jours plus tard on résèque toute la portion sphacélée du foie, et au bout d'un mois la cicatrisation est complète, sans retour des accidents.

OZENNE.

Ein Fall von Milzresection (Résection partielle de la rate), par **BARDENHEUER** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 801; 1890).

Une femme de 47 ans, dont les antécédents n'offrent rien d'intéressant à noter, éprouve au commencement de l'année 1890 de vives douleurs à l'hy-

pochondre gauche; un médecin constate une tumeur qu'il considère comme un kyste de l'ovaire gauche.

L'auteur voit la malade le 20 juin. Il trouve le petit bassin rempli par un kyste gros comme une tête d'enfant, refoulant l'utérus en avant et à droite, peu mobile, retenu par des adhérences multiples. Il pense à un kyste de l'ovaire gauche ou du ligament large gauche.

Le 21 juin, incision exploratrice transversale sussymphysienne, allant du bord externe du muscle droit du côté droit au tiers externe du ligament de Poupart du côté gauche. Cette incision permet de détacher les adhérences du kyste dans le bassin sans ouvrir la cavité péritonéale; mais la décortication extrapéritonéale du kyste n'est pas possible dans les parties supérieures, et il faut inciser le séreuse. En attirant à l'extérieur le kyste diminué de volume par la ponction, on s'aperçoit qu'il provient de la rate, et l'on a bientôt sous les yeux la totalité de la rate (l'organe est très mobile), et même la grosse tubérosité de l'estomac.

L'auteur comprime la rate au-dessus du kyste et incise la partie attenante au kyste. Le parenchyme splénique fournit peu de sang; la capsule en donne un peu au voisinage du hile, aussi l'auteur fait-il quelques sutures de ce côté. La surface est cautérisée au thermo-cautère. Application d'iodoforme.

La rate, diminuée d'un tiers, est abandonnée dans la cavité abdominale et reprend sa place à l'hypochondre gauche.

Suture de la plaie péritonéale. Tamponnement de la cavité extrapéritonéale au moyen de la gaze stérilisée.

La plaie guérit sans fièvre. Pas de leucocytose, pas de gonflement du thymus. Etat général satisfaisant. A la fin de la 7e semaine, l'opérée quitte l'hôpital. Elle est débarrassée des douleurs dont elle se plaignait jadis.

L. GALLIARD.

Étude histologique expérimentale et clinique sur la section de l'éperon dans les anus contre nature par la pince ou l'entérotome, par CHAPUT (*Archives générales de médecine, août et septembre* 1890).

L'étude expérimentale montre que le simple établissement de l'anus contre nature chez le chien donne une mortalité considérable (par cachexie, par rentrée de l'intestin dans le ventre). Les chances de mort sont augmentées par l'application de la pince, qui provoque des péritonites par perforation. Chez le chien, la pince tombe en deux jours. Certains chiens meurent rapidement : les uns meurent avec de la congestion de l'intestin, les autres sans aucune espèce de lésion.

L'étude histologique fait voir que, chez le chien, les parois intestinales sectionnées par la pince se soudent bord à bord.

Les contractions de l'intestin provoquent une inflexion de ses parois qui aboutit à la formation des encoches péritonéales, des éminences musculaires et celluleuses. La muqueuse ne se soude pas.

La réunion se fait par un tissu conjonctif intermédiaire de nouvelle formation provenant des tuniques musculaire, celluleuse et sous-séreuse. Les lésions histologiques des tuniques intestinales sont identiques à celles de l'étranglement herniaire aux premières périodes.

La section par l'entérotome ne s'accompagne, chez le chien, d'adhérences étendues que dans des conditions spéciales : quand la section se fait dans la zone d'insertion du mésentère, quand elle s'accompagne d'inflammation intense ou quand la couche cellulaire sous-péritonéale est très épaisse. Les lésions infectieuses se rencontrent sous la forme d'ab-

cès ayant pour siège les follicules clos ainsi que l'épaisseur de la musculeuse. On observe des cocci et des bacilles allongés dans les portions nécrosées de la muqueuse. Chez l'homme, la section de l'éperon par l'entérotome paraît suivie d'une soudure bord à bord.

Chaput propose de faire l'entérotomie avec une pince dont l'invention lui appartient. Il fixe de la manière suivante les règles de l'opération : 1° on pincera 5 à 6 centimètres d'éperon; 2° on n'emploiera l'entérotomie que pour les anus accessibles à éperon long et mince; 3° pour éviter l'oblitération brusque du bout inférieur, il faudra faire toujours la résection de l'intestin et non la kélotomie sans réduction. La résection très étendue devra supprimer 20 centimètres d'intestin sur chacun des bouts au delà de la hernie. Le débridement de l'anneau devra être étendu (4 à 5 cent.). Si l'oblitération existe, il faut, par une opération, aller à la recherche du bout inférieur et fixer ce bout à la peau de façon à obtenir un anus simple, accessible.

L'entérotomie n'a aucune gravité quand on ne l'applique pas aux cas où elle est contre-indiquée. Elle est contre-indiquée : 1° dans les anus inaccessibles avec éperon divergent; 2° quand le bout inférieur est aminci, atrophié par inactivité simple; 3° quand les deux bouts sont ramollis, friables ; 4° quand il y a péritonite purulente. RICHARDIÈRE.

I. — Case of successful laparotomy for tubercular peritonitis, par A. G. MILLER (*Edinburgh med. journal*, *t. II*, *p.* 341, *octobre* 1890).

II. — Péritonite tuberculeuse chronique avec issue de 13 lombrics par une fistule abdominale. Laparotomie, par HEDRICH (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er *août* 1890).

I. — Enfant de 10 ans entré à la Royal Infirmary le 10 février 1890, pour une périostite du fémur avec abcès probablement extra-périostal en voie de formation. Trois semaines auparavant, il s'était plaint de douleurs violentes dans le ventre, avec vomissements et diarrhée. Les vomissements ne durèrent que deux ou trois jours, mais la douleur et la diarrhée persistèrent jusqu'à la fin du mois. Il ne présente aucun antécédent héréditaire, mais il a toujours été un enfant chétif et avait eu quelques ganglions suppurés, récemment au niveau du cou.

Le 12 février, on l'opère de sa lésion fémorale. Incision qui montra le fémur dénudé dans une assez grande étendue. Les tubes à drainage furent peu à peu diminués ; la plaie se cicatrise, mais la partie supérieure de l'incision reste fistuleuse jusqu'à la fin de mars.

La diarrhée dont était atteint le malade à son entrée persistait avec les mêmes caractères malgré tous les traitements. Au mois de mars, le ventre se ballonne et on put trouver par le toucher ventral une saillie considérable au niveau du cul-de-sac de Douglas. On diagnostique péritonite tuberculeuse.

Le 9 mars, une saillie fluctuante se montre au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen, avec menace de s'ouvrir spontanément. On l'incise et on donne issue à une quantité considérable de pus épais. Pendant sept jours l'écoulement continue en abondance sensiblement égale.

Le 17 mars, Miller a une laparotomie. Incision médiane. Les intestins forment une masse compacte, mais sans adhérences intimes des anses entre elles ou avec les parois abdominales. Le péritoine était épaissi et semblable à une synoviale couverte de fongosités.

La cavité fut largement lavée avec de la solution boriquée chaude, et l'incision en partie suturée. Dès ce moment les phénomènes s'amendèrent. Un tube de verre fut laissé à demeure pour maintenir le drainage, et le 29 mars la plaie était presque complètement fermée. La diarrhée a cessé et il n'y a aucun signe de nouvelle manifestation tuberculeuse. F. VERCHÈRE.

II. — Enfant de 7 ans, ayant présenté depuis quatre semaines des douleurs et du ballonnement de la région abdominale. Actuellement sensibilité très prononcée de tout le ventre, tuméfaction peri-ombilicale avec rougeur et douleurs intenses, constipation, inappétence, émaciation. Pas de fièvre. Une incision, pratiquée à la partie la plus saillante de l'ombilic, conduit dans une large cavité à parois recouvertes de fausses membranes pyogéniques avec contenu fongueux. Ce foyer s'étend des deux côtés jusqu'aux lignes maxillaires, vers le bas à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'au péritoine, des gaz fétides sortent par la plaie, sans que l'on puisse constater de perforation du péritoine et de l'intestin. Curage de la cavité, désinfection et tamponnement à la gaze iodoformée. Dans les jours suivants suppuration abondante et sortie d'un grand lombric. Par l'examen histologique on constate la nature tuberculeuse des fongosités enlevées.

Quatre mois après l'opération, en présence de la sortie de matières fécales et de la suppuration abondante de deux trajets fistuleux, on procède à une nouvelle intervention, qui fait découvrir, entre le péritoine et les muscles droits, des masses fongueuses, partant de la cavité péritonéale ; sur la séreuse intestinale on aperçoit une masse de tubercules miliaires. Aucun lavage n'est pratiqué sur la séreuse, dont on fait la réunion, et la plaie cutanée est partiellement suturée. A la suite de cette opération il y eut une très notable amélioration générale, malgré la persistance d'une fistule, qui, dans l'espace de six semaines, donna issue à une dizaine de lombrics. OZENNE.

I. — Beiträge zur Ætiologie und chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis, par Paul REICHEL (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXX, p.* 1).

II. — Early operation in acute peritonitis, par L. LYDSTON (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 921, 28 *juin* 1890).

III. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 *octobre* 1890).

IV. — De la laparotomie dans la péritonite aiguë, par ELMASSIAN (*Thèse de Paris, n°* 20, *novembre* 1890).

V. — Operativ geheilte Fall von Peritonealtuberculose, par MIKULICZ (*Berlin. klin. Woch., n°* 38, *p.* 882, 22 *septembre* 1390).

VI. — Acute intestinal strangulation... (Etranglement intestinal par une bride de péritonite tuberculeuse ; laparotomie; guérison), par Arthur BARKER (*Brit. med. journ., p.* 124, 18 *janvier* 1890).

I. — Dans la première partie, l'auteur reprend l'étude expérimentale de la péritonite artificielle chez l'animal, passe en revue les travaux antérieurs de Wegner, Grawitz, Pawlowsky, etc., y ajoute l'appoint de ses expériences personnelles, très concluantes, et confirme, développe ou critique les résultats de ses prédécesseurs. Enfin les résultats de 174 observations de laparotomie qu'il a recueillies, en l'epace de deux années, comme assistant à la clinique gynécologique d'Olshausen, à Berlin, lui permettent de poser, au point de vue clinique, d'intéressantes conclusions sur la péritonite qui complique les laparotomies.

NOMBRE DES CAS	NATURE DES OPÉRATIONS	MORTALITÉ		MORTALITÉ par COMPLICATIONS infectieuses	
		absolue	0/0	absolue	0/0
112	Ovariotomies, dont :				
	52 ovariotomies ou castrations sans complications graves	1	1.92	1	1.92
	9 ovariotomies avec complication d'ascite ou d'épanchement du contenu du kyste dans l'abdomen	2	22.22	2	22.22
	9 ovariotomies avec énucléation de la tumeur du ligament large	2	22.22	2	22.22
	22 ovariotomies avec complication d'adhérences étendues, sans ascite	8	36.36	4	22.22
	9 ovariotomies avec adhérences étendues et ascite	3	33.33	3	33.33
	11 ovariotomies avec péritonite récente	4	36.36	2	22.22
10	Salpyngotomies	1	10.00	1	10.00
19	Laparotomies exploratrices	7	36.84	5	26.31
28	Myomotomies ou amputations susvaginales de l'utérus	12	42.85	9	33.33
5	Laparotomies d'autre nature	1	20.00	1	20.00
174	TOTAL	41	23.56	30	17.96

L'ascite ou l'épanchement, dans l'abdomen, du liquide kystique sont toujours une grave complication. Les néoplasmes malins sont aussi particulièrement graves et la simple laparotomie exploratrice, quand il s'agit de tumeurs malignes, devient une opération dangereuse. Reichel croit, avec Kümmel, que toute opération, malgré l'antisepsie la plus minutieuse, introduit dans la plaie des germes bactériens. La rareté relative de la péritonite septique à la suite des laparotomies antiseptiques, s'explique par le grand pouvoir de résorption et la grande étendue de la surface d'absorption du péritoine normal, grâce auxquels les bactéries sont rapidement entraînées dans la circulation sanguine et éliminées; mais Grawitz s'est exagéré cette résistance du péritoine. Elle ne dépasse pas 4 centimètres cubes de matière fécale (mélangées à de la gélatine) chez le chien; avec 6 centimètres cubes cet animal est toujours tué par la péritonite septique; il en est de même quand on lui fait une plaie intestinale de plus de 1 centimètre de longueur. Du reste, la gravité des laparotomies exploratrices suffirait à démontrer qu'il ne faut pas s'exagérer cette tolérance.

En tout état de choses, cette tolérance est au maximum quand le péritoine est normal; elle est surmontée quand un accident introduit brusquement dans le péritoine une grande quantité de germes (déchirures de l'intestin, du kyste ovarique, etc.), ou quand, à la suite de l'opération, il y a un apport incessant, continu de germes dans la séreuse (péritonite septique totale).

La seconde partie est consacrée au traitement de la péritonite septique. Ce traitement doit être d'abord prophylactique et Reichel insiste sur les précautions multiples qui doivent être prises pour éviter la pénétration des germes dans la plaie; il étudie en particulier la question des

« espaces morts » dans lesquels stagnent et se décomposent les liquides exsudés, et qu'il conseille de supprimer par la suture, la fixation du pédicule ou le tamponnement; cependant il redoute ce dernier procédé.

Si la péritonite existe déjà et si l'opération est nécessaire, il faut se hâter d'opérer pour n'avoir à rompre que des adhérences lâches non vasculaires. Reichel résume en six propositions le résultat de ses observations sur le pronostic de cette péritonite, puis il résume de la sorte les indications thérapeutiques : « Limiter autant que possible le foyer morbide, c'est-à-dire préserver le segment encore intact de la séreuse de l'infection par les germes et leurs produits; réduire le chiffre de ces germes, atténuer leur virulence, empêcher leur développement ultérieur, éliminer leurs produits déjà formés et qui n'ont pas été résorbés, empêcher leurs reproductions ou tout au moins leur résorption par l'organisme, soutenir la force de résistance de ce dernier, etc... » Quant aux moyens, ce sont les procédés chirurgicaux multiples, isolés ou combinés que l'on connaît, incision, désinfection, drainage, tamponnement, etc.

C'est pour expérimenter la valeur thérapeutique de ces divers procédés et des agents antiseptiques en usage que l'auteur a institué une série d'expériences nouvelles, qui en général ont donné des résultats médiocres; sur des chiens dont le péritoine était infecté par une injection de matières fécales, la laparotomie et le lavage du péritoine avec d'énormes quantités de liquides antiseptiques divers, n'ont donné aucun résultat. Reichel condamne donc le lavage qu'il accuse, même avec des liquides indifférents et sur des animaux sains, de provoquer des accidents asphyxiques. DE SANTI.

II. — Lydston rejette l'existence de la péritonite aiguë idiopathique primitive. La majorité des cas de péritonite ainsi dénommées chez les enfants sont d'origine traumatique; les traumatismes légers sont en effet, lorsqu'ils atteignent les organes abdominaux, beaucoup plus dangereux pour les enfants que pour les adultes. D'autre part, la péritonite aiguë chez les enfants, en apparence idiopathique, est souvent secondaire à une périty phlite; mais l'évolution et l'extension rapide à toute la séreuse péritonéale masquent les signes locaux du début.

L'auteur recommande vivement, pour tous ces cas, l'intervention opératoire, presque invariablement palliative et souvent curative.

MAUBRAC.

III. — Une femme de 28 ans présentait les signes d'une péritonite tuberleuse avec ascite et fièvre vive; le diagnostic fut d'ailleurs confirmé par la tuberculisation de trois cobayes à qui fut injecté du liquide de l'ascite. Debove retira par la ponction, le 12 juillet, 6 litres de liquide, puis fit un lavage avec 2 litres d'eau boriquée. Au bout de huit jours, la malade était améliorée; le 11 avril, il n'y avait plus de fièvre, et deux mois après la ponction, la malade avait engraissé de douze livres. H. L.

IV. — Cette thèse contient 36 observations, dont 4 inédites.

1° Une péritonite tuberculeuse miliaire; laparotomie suivie de guérison; 2° péritonite tuberculeuse, évacuation de l'ascite qui est limpide, toute la surface péritonéale est rouge, tomenteuse, parsemée de nodules jaunâtres; en plusieurs points existent de véritables foyers indurés; lavage, amélioration considérable; 3° péritonite tuberculeuse suppurée et circonscrite, lavage et drainage, grande amélioration; 4° femme de 24 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse avec adhérences généralisées; après laparotomie, ces adhé-

rences sont rompues, et on enlève une tumeur formée par le grand épiploon farci de tubercules; l'état de la malade s'était amélioré lorsque un mois après l'opération il s'établit une fistule stercorale dans la plaie médiane; la malade succomba un mois et demi après l'intervention. MAUBRAC.

V. — Mikulicz présente un jeune homme qui, il y a deux ans, avait, dans la région ombilicale une tumeur large comme deux travers de main, peu mobile, d'une sonorité mate à la percussion, et partiellement bien délimitée. Une incision longitudinale, pratiquée sur un point ramolli, ouvrit le foyer tuberculeux et dans plusieurs séances ultérieures, on incisa également le tissu calleux. Dans le cours de dix-huit mois, la suppuration élimina entièrement les parties tuberculeuses et amena la disparition du météorisme et de l'anémie. Actuellement, cet homme est parfaitement portant, sa cicatrice est mobile et son ventre souple. Le point de départ de la maladie dut être cherché dans le colon transverse avec envahissement consécutif du grand épiploon. Le colon transverse resta un temps fistuleux, mais finit par se fermer d'une façon définitive. J. B.

VI. — Jeune fille de 23 ans, entrée à l'hôpital pour des signes d'occlusion intestinale aiguë. On diagnostique une péritonite par perforation de l'appendice iléocœcal.

Incision oblique en bas et en dedans, à un pouce de l'épine iliaque antéro-supérieure, issue de sérosité ambrée, non purulente. On ne sent aucune bride, mais en amenant une anse intestinale, on constate qu'elle est parsemée de granulations tuberculeuses miliaires. Une nouvelle incision médiane met à nu l'épiploon, qui adhère à la paroi abdominale. L'intestin grêle apparaît distendu et congestionné. En explorant avec le doigt le côté droit du bassin, on constate un amas arrondi, formé par un épaississement du mésentère, en ce point, une bride serrée comprime l'intestin ; cette bride n'est autre chose qu'un amas de tubercules formant une masse caséo-fibreuse. On l'excise et l'obstacle au cours des matières est ainsi levé. Lavage consécutif du péritoine à l'eau chaude bouillie, puis on éponge toute la cavité péritonéale et on injecte une émulsion d'iodoforme dans la plaie. Pansement salicylé, suture sans drainage à demeure.

Suites de l'opération régulières. Pendant les cinq premiers jours, persistance des vomissements qui disparaissent à partir de ce moment; garde-robes régulières et apyrexie. Le malade se lève le 31e jour, ne conservant aucune trace de son mal et n'ayant plus aucun symptôme de péritonite tuberculeuse.

I. — Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine, par H. DUBUT (*Thèse de Paris, n° 352, 1890*).

II. — Chylous cysts of the mesentery, par N. CARSON (*Journ. of the Amer med. Assoc., p. 674, 10 mai 1890*).

I. — Ces kystes sont rares et l'auteur n'a pu en rassembler que onze observations. Ils existent en dehors des ruptures vasculaires et des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Dans l'alcoolisme, la cirrhose atrophique, les cardiopathies ou à la suite d'un traumatisme éloigné se produisent des néomembranes de pachypéritonite qui par un mécanisme analogue à ce que l'on rencontre dans la pachyméningite chronique, la vaginalite, sont le siège et l'occasion d'une hémorragie qui se trouve ainsi primitivement enkystée. Dans l'abdomen, le siège de ces kystes est variable, mais le plus souvent occupe l'arrière cavité des épiploons. Ils ne déterminent pas de symptômes propres qui permettent d'en faire le diagnostic.

Enfin, d'une marche lente et progressive, ils sont tolérés à moins de volume considérable. Aussi la mort ayant presque toujours été le résultat d'une intervention chirurgicale (une fois par rupture de la poche dans le péritoine), devrait-on s'abstenir de toute opération lorsqu'on n'a pu faire le diagnostic. F. VERCHÈRE.

II. — Homme, âgé de 39 ans, ayant eu 15 ans auparavant une fièvre typhoïde légère, et depuis, des accès paludiques, portait une tumeur du volume d'une tête fœtale, globuleuse, entre l'ombilic et le pubis, mobile, qu'on diagnostiqua kyste mésentérique. Une ponction évacuatrice ramena du chyle. Trois ans après, la tumeur avait reparu au même endroit, et atteignait le volume d'une tête d'adulte. La laparotomie fut pratiquée, et après avoir retiré du sac 4 litres 1/2 de liquide chyleux, on sutura les parois du kyste à la peau. Guérison.

L'auteur a réuni onze cas de kystes chyleux du mésentère; sept furent découverts pendant la vie et opérés, avec un seul décès, par péritonite septique à la suite d'une blessure de l'intestin.

Huit de ces kystes tiraient leur origine des glandes mésentériques et trois du canal thoracique. Le contenu de ces kystes varie en couleur et consistance; parfois crémeux, parfois ayant la consistance du mastic, le plus souvent blanc-jaunâtre, parfois rosé par du sang épanché.

Le traitement applicable est la laparotomie avec incision du kyste et drainage. MAUBRAC.

I. — De l'intervention chirurgicale dans les périty phlites, par TUFFIER et HALLION (*Archives générales de médecine, septembre* 1890).

II. — Die chirurgische Behandlung der vom Wurmfortsatze ausgehunden circumscripten und allgemeinen Peritonitis (Le traitement chirurgical des péritonites circonscrites et généralisées, consécutives à l'appendicite), par A. KRECKE (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXX, p.* 257).

I. — Presque toujours la périty phlite est consécutive non pas à une inflammation du cæcum, mais à une lésion de l'appendice. La perforation de l'appendice est sa cause la plus fréquente.

Le plus souvent, la périty phlite comporte l'existence d'un foyer purulent, qui contient un corps étranger et communique par une perforation de l'appendice avec la cavité de l'intestin.

Lorsque la périty phlite est nettement caractérisée, certains accidents justifient l'intervention chirurgicale. Ce sont la persistance de l'induration ou son extension, l'élévation de la température, l'existence de frissons répétés, des signes de péritonisme ou d'obstruction intestinale.

L'intervention chirurgicale étant décidée, deux méthodes sont possibles : l'incision directe sur la tumeur cæcale ou la laparotomie. Les auteurs préfèrent l'incision iliaque ouvrant largement la région à la laparotomie. RICHARDIÈRE.

II. — Plaidoyer chaleureux en faveur de la laparotomie dans le traitement des phlegmons dont l'appendice est le point de départ. Ce traitement a donné d'ailleurs des résultats très supérieurs aux anciennes méthodes. Il ne saurait du reste être différé quand il existe de la péritonite généralisée.

L'auteur étudie cette péritonite qui peut revêtir les deux variétés cliniques admises par Mikulicz, la forme diffuse septique ou la forme progressive fibrino-purulente, mais qui conserve toujours certains caractères spéciaux permettant d'en faire facilement le diagnostic (soudaineté du début chez un sujet robuste, siège à droite, âge du malade, etc.). Quant aux affections qui ont reçu les noms divers de typhlites, périty-phlites ou paratyphlites, ce sont, sans exception, des péritonites locales provoquées par une perforation ou par une ulcération à marche lente de l'appendice.

L'appendice, aussi bien que le cæcum, est entouré d'un mésentère complet, de telle sorte que les affections précédentes sont toutes des processus intra-péritonéaux et non sous-péritonéaux; mais le cæcum lui-même est très rarement perforé. Ces phlegmons péritonéaux doivent être incisés très prématurément.

En dehors des suppurations, les périty phlites à répétition sont également justiciables de l'opération; elles sont généralement la conséquence d'une appendicite chronique, catarrhale et ulcéreuse, qui s'accompagne d'adhérences péritonéales et ne guérissent que par l'extirpation de l'appendice malade. Dans tous les cas l'appendice doit être réséqué au ras du cæcum et suturé.

L'auteur cite au cours de son travail deux opérations de ce genre.

Le premier cas concerne un enfant de 9 ans qui fut opéré en pleine péritonite, vingt heures après le début des vomissements; on tomba sur une péritonite diffuse provoquée par une perforation de l'appendice avec entérolithe; l'appendice fut réséqué; pas de lavage du péritoine; tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

Le second cas concerne un enfant de 6 ans, opéré quarante-quatre heures seulement après l'apparition de la péritonite; mais il s'agissait de la forme fibrino-purulente, dont le pronostic est moins grave. Même opération. Guérison. — Dans ces deux cas, dit Krecke, la laparotomie a certainement sauvé la vie des opérés. DE SANTI.

Peritonitis circumscripta et Peri (Krypt-) orchitis suppurativa. Laparotomie. Heilung, par FLAMERDINGHE (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 33, *p.* 867; 1890).

Homme de 25 ans, monorchide, ayant toujours eu dans le canal inguinal droit une tumeur grosse comme une noix, qui n'est autre chose que le testicule. Douleurs vives, gonflement de cette tumeur, signes de péritonite, état général mauvais.

Après 4 jours d'observation, l'incision de la partie tuméfiée donne issue à du pus fétide. Extirpation du testicule enflammé. L'abcès communique avec la cavité abdominale, qu'on ouvre largement et qui contient une grande quantité de pus. Les anses intestinales sont recouvertes d'un enduit épais et partiellement adhérentes. On trouve encore un abcès dans la profondeur du petit bassin.

Lavage, toilette, drainage, sutures superficielles et profondes; gaze stérilisée.

Guérison complète en sept semaines. L. GALLIARD.

I. — Des luxations sus-acromiales de la clavicule ; traitement par la suture métallique, par G. LAFON (*Thèse de Paris, novembre* 1890).

II. — Simultaneous dislocation of both shoulderjoints, par ALLEN (*Lancet*, 16 *août* 1890).

III. — Ueber die Behandlung der verhalteten Luxationen im Schultergelenk, par Th. KOCHER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXX*, *p.* 423).

IV. — Dislocated semilunar cartilage, par KEETLEY (*Lancet*, *p.* 1335, 20 *décembre* 1890).

V. — Causes des luxations irréductibles de la hanche ; leur traitement par la méthode sanglante, par DENNETIÈRES (*Thèse de Paris, décembre* 1890).

I. — Lafon rapporte dans sa thèse deux observations. (Poirier et Rieffel,) de luxations susacromiales récentes de la clavicule traitée par la suture métallique : les deux malades ont parfaitement guéri, conservant tous les mouvements de leur membre supérieur. M.

II. — Jeune homme de 24 ans s'étant déjà dans les quatre dernières années luxé quatre fois l'épaule droite et trois fois la gauche. En se levant brusquement de son lit il fit une chute et perdit connaissance. Quand il revint à lui, on trouva une luxation simultanée des deux épaules. Réduction facile.

A. F. PLICQUE.

III. — L'auteur revient, dans un travail important, sur les avantages de son procédé de réduction des luxations de l'épaule et démontre, par la publication de 28 observations de luxations invétérées, que ce procédé est applicable aussi bien aux luxations anciennes qu'aux luxations récentes. En effet, sur 28 luxations, 25 ont été réduites par sa méthode, avec ou sans chloroforme, 8 autres luxations ont nécessité des opérations sanglantes.

Kocher décrit donc de nouveau minutieusement sa méthode et, à l'aide de trois séries de photographies, il figure les trois temps de la réduction d'une luxation. La grande efficacité de son procédé s'explique en ce que les manœuvres qu'il nécessite rompent les adhérences qui s'opposent à la réduction de la tête humérale : ces adhérences en effet offrent une disposition identique : elles sont presque toujours constituées par des brides adhésives entre le bord de la cavité glénoïde et le col anatomique de l'humérus, brides qui proviennent de la résistance de l'appareil ligamenteux étendu entre l'apophyse coracoïde et les tubercules de la tête de l'humérus, car cet appareil, (comparable au ligament en Y de Bigelow à la hanche), n'est jamais rompu dans les luxations.

Toutefois, si le procédé de Kocher est excellent pour surmonter ces résistances, il n'est pas sans danger dans les luxations invétérées où le tissu osseux est plus ou moins altéré. Ainsi dans 3 cas la rotation forcée en dehors a provoqué la fracture du corps ou de la tête de l'humérus : mais ces accidents n'ont pas eu de conséquences fâcheuses. Dans un cas même la tête humérale, fortement retenue par des adhérences, demeura luxée en dedans de l'articulation, mais le moignon fracturé de l'humérus fut réduit dans la cavité glénoïde, où il forma une pseudarthrose très satisfaisante.

Chez 8 malades la réduction fut impossible par les tractions, et il fallut en venir à la réduction sanglante soit à l'aide de l'incision simple par le

procédé de Polaillon, soit à l'aide de la résection : dans presque tous ces cas il existait des fractures ou des arrachements de la tête de l'humérus.

DE SANTI.

IV. — Dans un cas de luxation du cartilage semilunaire, Keetley a obtenu un très bon résultat fonctionnel en enlevant le cartilage luxé. Allingham a pu réunir trente-trois faits d'intervention pour des luxations de ce genre. Dans vingt le cartilage fut suturé à la tête du tibia, dans dix il fut enlevé. L'incision verticale est pour ces opérations préférable aux incisions transverses on semicirculaires, qui affaiblissent l'articulation. La suture de la synoviale est très utile comme temps complémentaire de l'opération. A.-F. PLICQUE.

V. — Bonne étude d'ensemble, dans laquelle nous relevons l'observation suivante :

Une enfant de 12 ans portait une luxation de la hanche gauche datant de 3 ans. Le membre malade est raccourci de 7 centimètres; la marche est difficile à cause de la douleur : le siège de la tête fémorale fait porter le diagnostic de luxation iliaque.

Duret, après avoir échoué dans des manœuvres de réduction sous le chloroforme, fait une incision, désinsère les fessiers et les pelvi-trochantériens, et trouve la tête intacte et recouverte de cartilage : la cavité cotyloïde est diminuée considérablement d'étendue par des masses fibreuses résistantes. La résection de la tête exposant à une diminution trop considérable de la longueur du membre après ablation d'une de ses épiphyses, Duret se borna, après ténotomie du droit antérieur et du moyen adducteur, à réduire la tête : le membre fut soumis à l'extension continue jusqu'à la guérison, qui était complète au bout d'un mois.

Comme résultats on avait obtenu : une diminution de 3 centimètres dans le raccourcissement du membre; les mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse sont plus faciles et plus étendus, et la marche est facile et sans douleur. MAUBRAC.

Luxation double à répétition de la mâchoire inférieure. 22 récidives, par BOSSION (*Dauphiné méd., novembre* 1890).

Ce fait concerne un homme de 32 ans qui, en 1889, est atteint pour la première fois d'une luxation double de la mâchoire inférieure à la suite d'un traumatisme sur le maxillaire. Dans les quatre mois qui suivent, la même luxation se reproduit 21 fois; puis, après un intervalle de près d'une année, elle reparaît encore à la suite de bâillements. OZENNE.

I. — Ueber die Knieresektion im höheren Alter, ausgeführt wegen Tuberculose (De la résection du genou tuberculeux chez l'adulte), par O. SCHLUETER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXX, p.* 285).

II. — Aufgaben und Endergebnisse der Arthrektomie am Knie, par P. SENDLER (*Ibid., XXX, p.* 107).

III. — Ueber Endresultate der Huftgelenkresectionen (Des résultats définitifs des résections de la hanche), par Paul BAEHR (*Ibid. XXX, p.* 349).

IV. — Osteoplastische Methode der Fussgelenkarthrektomie (cou-de-pied), par Hermann SERR (*Ibid., XXX, p.* 165).

I. — L'auteur a pu, en dépouillant les registres de la clinique chirurgicale de Göttingen, réunir, de 1875 à 1888, 100 observations de

résection du genou pour arthrite fongueuse chez des individus âgés de plus de 20 ans ; il a dépouillé également les observations de même nature publiées jusqu'à ce jour et en a réuni 187, ce qui donne un total de 287 cas, se répartissant de la sorte : de 20 à 30 ans 159, de 30 à 40 ans 67, de 40 à 50 ans 38, de 50 à 60 ans 19, au-dessus de 60 ans 4 ; le plus âgé de ces malades avait 66 ans. — Les résultats de ces 287 opérations ont été : guéris, 183 (63,8 0/0), non guéris 37 (12,9 0/0), amputés 31 (10,8 0/0, morts 36 (12,5 0/0). Mais c'est de 20 à 30 ans qu'on note les résultats les plus favorables ; la proportion des amputations et des décès s'accroît considérablement à partir de 30 ans, atteint son maximum de 40 à 50 ans (37 0/0), puis diminue au delà de 50 ans.

Sur les 100 opérés de Göttingen, 12 sont morts dés suites de l'opération, 8 ont été amputés, 16 non guéris et 64 guéris. Parmi ces derniers, 20 encore ont succombé depuis leur sortie de l'hôpital (dont 15 de tuberculose) ; de telle sorte qu'on ne doit compter que 44 guérisons définitives. — L'auteur fait remarquer que ces opérations augmentent progressivement de fréquence ; ainsi, sur les 100 opérations de Göttingen, 54 ont été pratiquées dans les 4 dernières années.

Comme terme de comparaison Schlüter a enfin réuni 274 résections du genou pour tuberculose chez des individus âgés de moins de 20 ans ; il a trouvé, à son grand étonnement, des résultats à peu près identiques à ceux de l'adulte, à savoir : guéris 63,8 0/0, non guéris 15,7 0/0, amputés 9,6 0/0, morts 10,9 0/0. Comme on le voit, la proportion des guérisons est identique chez l'adulte et chez l'enfant. Toutefois, chez celui-ci, la proportion des non guéris est un peu plus forte, mais il y a moins d'amputations et de décès que chez l'adulte.

II. — Dans cette nouvelle contribution à l'arthrectomie du genou, opération que l'auteur voudrait voir substituer à la résection dans les cas de tuberculose, Sendler compare les deux opérations. Il établit que l'arthrectomie ne prédispose pas, comme on l'a dit, aux récidives ; les grands foyers de tuberculose osseuse peuvent, dès avant l'opération, être reconnus à l'exploration par la douleur circonscrite à la pression et, lorsque le genou est ouvert, il est aisé de reconnaître les lésions au début par la pression des cartilages articulaires, les points malades se laissant facilement déprimer. L'auteur ne recherche pas, comme Zœge-Manteuffel, l'ankylose osseuse dans la guérison de l'arthrite fongueuse du genou ; il croit que l'arthrectomie peut donner une guérison parfaite avec une articulation très mobile, mais à la condition de faire une intervention très précoce et d'en venir immédiatement à l'arthrectomie.

Comme preuve il donne les résultats suivants obtenus sur 19 opérés :

Guérison avec une articulation mobile ; extension normale : flexion de l'angle droit à l'angle obtus	12
Guérison avec une articulation peu mobile	1
— avec une articulation ballottante (chez un sujet paralytique)	1
— avec une ankylose dans l'extension	4
— avec une ankylose dans la demi-flexion	1
Total	19

Sauf dans 2 cas, pour l'un desquels il s'agissait d'un membre paralysé, toutes les guérisons ont été obtenues sans fistules ni raccourcissement, et 12 fois avec conservation fonctionnelle et intégrité du pouvoir d'accroissement ; chez 4 opérés la guérison ne s'est pas démentie depuis plus 3 ans. Enfin la moyenne de traitement des malades à l'hôpital n'a été que de 45 jours après l'opération.

Le procédé opératoire de l'auteur est la double incision latérale de König ; après le curage méthodique et la réunion, pansement à la gaze iodoformée et aux coussins de tourbe maintenus par des bandes de gaze peu serrées. Au premier renouvellement du pansement, du 6e au 8e jour, l'auteur enlève les drains et les sutures et commence à mobiliser le genou. Grâce à ce traitement quelques opérés pouvaient marcher au bout de 3 ou 4 semaines.

III. — Travail considérable, inspiré par Lücke et dont les matériaux, 86 observations, ont été fournis par la clinique chirurgicale de Strasbourg. Lücke émet sur la résection de la hanche des idées originales qui se rapprochent beaucoup de celles de J. Bœckel sur la résection du genou. Contrairement à Volkmann, qui a posé en principe la nécessité de la résection sous-trochantérienne dans tous les cas, il pense qu'on doit conserver le plus possible de tissu osseux du côté du fémur ; 20 fois il s'est contenté de la simple décapitation du fémur. Le procédé adopté a été le plus souvent l'incision longitudinale de Langenbeck ; pansement antiseptique et extension permanente. Les résultats ont été les suivants : guérisons définitives 30 (35 0/0), morts 37 (43 0/0) ; dans aucun cas il n'y a eu de réunion immédiate ; dans un tiers seulement des cas la marche a été apyrétique.

Reprenant ensuite l'étude de la mortalité, Lücke démontre que celle-ci est directement proportionnelle à l'étendue des lésions du cotyle ; si en effet on répartit en 3 groupes les faits observés suivant qu'il existe : 1° une perforation du cotyle (13 cas) ; 2° des lésions graves du cotyle sans perforation (24 cas) ; 3° des altérations légères (39 cas), on voit que la mortalité totale se répartit de la façon suivante dans ces groupes : 1er groupe, 69 0/0, 2e groupe, 46 0/0, 3e groupe, 36 0/0, tandis qu'au contraire l'ensemble des guérisons définitives se répartit ainsi : 1er groupe 15,3 0/0, 2e groupe 29 0/0, 3e groupe 46 0/0. L'auteur n'a compté comme guérisons définitives que les faits dans lesquels la cicatrisation est complète depuis un an au moins, mais dans 11 cas ce résultat peut être espéré prochainement, de telle sorte qu'il n'y a que 8 cas dans lesquels le résultat définitif puisse être en réalité considéré comme mauvais. — Le raccourcissement du membre est d'autant plus prononcé qu'il a été enlevé une plus grande partie du fémur ; il est en moyenne de 5 centimètres dans la simple décapitation, de 8cm 1/2 dans la résection sous-trochantérienne. Mais, dans ce dernier cas, il peut arriver jusqu'à 16 centimètres, ce qui est dû à ce que le moignon fémoral vient former une pseudartrose, non pas avec le cotyle, mais en haut et en arrière de celui-ci. Ce raccourcissement augmente d'année en année à partir du moment de la résection, ce qui est dû à la rétraction de la cicatrice, à l'ascension du fémur et à l'arrêt de développement de l'os. Chose curieuse et en apparence paradoxale, cet arrêt de développement du fémur est d'autant plus prononcé que les patients étaient plus âgés au

moment de l'opération ; il est compensé en partie par l'abaissement du bassin du côté malade et la flexion du genou du côté sain. — Au point de vue de l'aptitude de la marche, Lücke divise ses opérés en plantigrades et digitigrades ; ceux-ci (21 sur 41) offrent naturellement le plus haut degré de raccourcissement et se fatiguent beaucoup plus rapidement que les premiers. Quant à la mobilité du membre, on trouve : bonne mobilité, 8 cas (17 0/0); mobilité limitée, 23 (50 0/0); articulation ballottante, 1 (2 0/0); ankylose, 11 (24 0/0). L'ankylose n'est pas, comme le dit Volkmann, un revers, car l'ankylose dans la flexion et l'abduction légères permet aux opérés de marcher dans de bonnes conditions : l'un d'eux pouvait faire une course de 10 kilomètres sans bâton et sauter des fossés. En revanche, c'est précisément la résection sous-trochantérienne de Volkmann qui provoque le plus souvent l'ankylose.

IV. — Ce procédé appartient à Gérard, de Berne, qui en a fait l'essai sur 5 enfants atteints d'arthrite fongueuse. Il consiste à ouvrir l'articulation par une incision horizontale externe coupant directement la base de la malléole externe, qui est elle-même divisée d'un trait de scie : quand on a isolé et coupé des tendons des péroniers latéraux, on luxe le pied en dedans et l'articulation baille largement. Après le raclage ou l'excision de la synoviale il n'y a plus qu'à réunir les tendons divisés et à faire la suture osseuse de la malléole.

Ce procédé est excellent chez les enfants. Sur les 5 opérés de Gérard il n'y eut qu'une récidive; la forme et la fonction du pied sont parfaites.

DE SANTI.

Ueber die Osteotomie, par Mac EWEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 878, 22 *septembre* 1890).

Mac Ewen propose d'étendre les indications de l'ostéotomie au bassin, où elle serait d'exécution facile, soit pour une ectopie vésicale, soit pour des tumeurs osseuses, soit enfin pour remplacer l'opération césarienne, en cas de rétrécissement pelvien considérable. Des expériences sur le cadavre lui ont appris en effet que l'ostéotomie des branches horizontale et ascendante des 2 pubis peut rendre mobile la paroi antérieure du bassin et allonger son diamètre antéro-postérieur. D'autre part la continuité de la paroi pelvienne antérieure n'est pas indispensable au fonctionnement des membres inférieurs.

J. B.

I. — De la soudure congénitale de certain os du tarse, par LEBOUCQ (*Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, *n°* 2, *p.* 103; 1890).

II. — 18 cas d'ostéoarthrite du cou-de-pied et du tarse. Réflexions au sujet du traitement opératoire, par Charles SCUDDER (*Transact. of Amer. orthopedic Assoc.*, *vol. II*, *p.* 59).

III. — Tuberculous disease of the tarsus, par J. RANSOHOFF (*Med. News*, *p.* 564, 29 *novembrs* 1890).

I. — On rencontre parfois chez l'adulte des os fusionnés entre eux, sans qu'il soit possible de trouver sur ces os ou dans leur voisinage les traces d'un processus pathologique capable d'expliquer ces soudures anormales. Elles proviennent d'un trouble de l'ossification et sont congénitales; on les trouve du reste aussi chez le nouveau-né. Au tarse, elles

unissent le calcaneum au scaphoïde (soudure la plus fréquente, bien que ces os normalement ne soient guère articulés ensemble), ou bien l'astragale au calcaneum, ou bien, plus rarement, ces trois os entre eux.

Cette lésion est une cause de pied plat et apporte aussi une certaine restriction dans les mouvements de pronation et de supination.

LEFLAIVE.

II. — Les 18 observations que rapporte l'auteur, ont trait aux malades dont on a pu connaître l'histoire, parmi les 54 cas qui ont été traités depuis 1869 à l'hôpital des Enfants de Boston.

La résection n'a présenté aucun accident, la mortalité est très faible. La convalescence après le traitement opératoire a été très courte. L'affection du pied a toujours été supprimée, enfin le pronostic est très rassurant. On a écarté tous les dangers de fusées purulentes et leurs conséquences; enfin les craintes de septicémie sont réduites à leur minimum.

Les opérations économiques par le curetage sont d'une valeur médiocre. Il n'y a pas de mutilation du pied, et l'usage du pied et du cou-de-pied est parfait après la résection.

La question de l'infection tuberculeuse post opératoire est seule en discussion; ce qui semble ressortir des faits, c'est que l'opération partielle par le curetage favorise encore cette infection.

Sur les 18 cas rapportés il y eut 6 morts. F. VERCHÈRE.

III. — Ransohoff présente en un tableau l'observation de 14 sujets sur lesquels il a pratiqué 30 opérations pour affection tuberculeuse du tarse : il a fait 15 évidements dont 2 avec succès, et ces malades étaient des enfants. Chez 6 malades le curetage fut suivi d'une exacerbation de l'affection antérieure. Sur 12 excisions qu'il a pratiquées, 4 étaient primitives, et 3 fois l'opération fut faite avant qu'il ne se soit formé de fistules. Dans ces opérations primitives, la guérison fut plus rapide que dans celles pratiquées sur des sujets ayant déjà subi le curetage : 4 de ces excisions sont des insuccès, 3 fois par récidive de la maladie, 1 fois par impotence consécutive du pied. Tandis qu'il n'y a point eu de décès attribuable directement à la maladie du tarse, la mort est survenue dans 2 cas par tuberculose généralisée qui eût pu être évitée par une excision primitive ou plus certainement par une amputation précoce. MAUBRAC.

Ueber eine besondere Form der Finger-und griffelförmigen Exostosen (D'une variété particulière d'exostoses en forme de doigt ou de griffe), par H. BRAUN (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXX, p.* 199).

1° Jeune homme de 18 ans, vigoureux et bien constitué, qui a perdu l'usage de tous les mouvements de la hanche droite ; on croyait à une ankylose osseuse, mais un examen sous le chloroforme permet de constater qu'il se passe encore de légers mouvements dans l'articulation. L'opération fait alors découvrir une exostose en crochet qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, descendait parallèlement au fémur sur une longueur de 9 centimètres et s'opposait aux mouvements de flexion de la cuisse. L'exostose enlevée, le membre récupéra ses mouvements.

2° Enfant de 13 ans, porteur d'exostoses multiples par suite d'une myosite ossifiante progressive. Deux de ces exostoses, partant symétriquement de l'extrémité inférieure des humérus droit et gauche, s'enfoncent dans l'épais-

seur des muscles supinateurs de l'avant-bras, d'où une attitude vicieuse permanente des coudes dans la flexion et la demi-supination. Opération : guérison. DE SANTI.

Osservazioni sperimentali e cliniche intorno all' azione dell'essenza di garofani (girofles) nelle affezioni tubercolari, par Angelo NANNOTTI (*Sperimentale août* 1890).

Les travaux de Cadéac et Meunier sur les propriétés antiseptiques des essences ont donné à Nannotti l'idée d'essayer l'essence de girofles dans les tuberculoses locales. Après avoir expérimenté sur des animaux, il a appliqué cette méthode thérapeutique dans 18 cas d'abcès tuberculeux, de synovites fongueuses, de trajets fistuleux. Le pus des abcès étant vidé, il injectait de 2 à 3 grammes d'une émulsion au 10e d'essence de girofles dans l'huile d'olives. La réaction est en général très vive, mais dure peu, et, après quelques jours, on peut faire une nouvelle injection. Les résultats ont été des plus satisfaisants. A. CARTAZ.

De la suture des malléoles dans certains cas de fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 26 *octobre* 1890).

Malade de 48 ans, atteint de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe, avec issue de 10 centimètres du tibia. Arrachement de la malléole interne, fracture du péroné au-dessus de la malléole. La réduction sous le pansement antiseptique se maintient mal.

Gangolphe a alors l'idée de mettre à nu le foyer, puis, après lavage antiseptique, ablation des esquilles détachées, de suturer au tibia la base de la malléole arrachée au moyen d'un point de suture osseuse au fil métallique. Suture du périoste au catgut. Occlusion de la plaie. Drainage. Pansement à l'iodoforme. Attelle plâtrée.

Grâce à cette innovation, les mouvements de flexion du pied et d'extension sont parfaits, sans raideur et sans douleur; il n'y eut pas la moindre consolidation vicieuse.

Gangolphe conseille ce procédé dans tous les cas de fracture double malléolaire compliquée de plaie avec issue du tibia. A. C.

The true natur of subungual exostosis of the great toe, par Roger WILLIAMS (*Lancet, vol. II, p.* 666, 1890).

R. Williams regarde l'exostose sous-unguéale du gros orteil comme due au développement anormal d'un rudiment d'orteil surnuméraire. Il s'appuie, pour justifier son opinion, sur les raisons suivantes : 1° siège au gros orteil et sur le côté tibial de la phalange terminale, siège qui est également le plus ordinaire dans le cas d'orteil surnuméraire; 2° structure histologique différente des éxostoses ordinaires et rappelant entièrement par les deux couches, l'une corticale osseuse, l'autre médullaire, la structure des phalanges; 3° recherches embryologiques montrant sur le pied, au côté tibial du tarse, vers le deuxième mois, un os surnuméraire répondant, comme chez certaines espèces animales, à un sixième orteil et qui s'atrophie par la suite. Cette théorie de Williams est intéressante au point de vue de l'origine embryonnaire des néoplasmes.

A.-F. PLICQUE.

I. — Ruptures des tendons sus et sous-rotuliens, par HERVÉ (*Thèse de Paris*, 1890).

II. — Traumatic section of both tendones Achillis, par BUCHANAN (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 12 *juillet* 1890).

I. — Travail assez complet qui renferme quatre observations inédites de suture des tendons rotuliens.

1° Dans un effort subit de flexion forcée, un jeune homme de 17 ans se rompt le ligament rotulien ; le cinquième jour, on opère : le tendon rotulien est rompu à la partie moyenne, le surtout ligamenteux qui lui adhère présente une déchirure transversale d'une étendue de 5 centimètres en dehors, et se prolonge vers l'enveloppe de la patte d'oie dont on voit les tendons détachés. Le tendon rotulien, les tendons de la patte d'oie, le surtout ligamenteux sont suturés au catgut. Le malade est laissé trois mois dans l'immobilité : ce n'est qu'au bout de trois ans qu'il est débarrassé de l'atrophie et de la raideur articulaire consécutives.

2° Rupture du tendon du triceps au ras de la rotule, chez un homme de 67 ans : suture par huit points de catgut. Trois mois après, la flexion dépasse l'angle droit.

3° Rupture du tendon sus-rotulien gauche, dans les premiers jours de janvier 1889, chez un homme de 61 ans. Le 13 juillet, suture du tendon avec la rotule à l'aide de fil d'argent traversant la rotule. Le 15 novembre, le malade marche avec une canne.

4° Rupture du ligament sous-rotulien au niveau du bord inférieur de la rotule chez un homme de 39 ans. Dans la flexion, écartement de 4 centimètres 1/2. Trente-cinq jours après l'accident, on découvre le bord supérieur du ligament rotulien, et on enlève les tissus de nouvelle formation entre la rotule et le ligament, ainsi que le tissu adipeux sous-ligamenteux. Suture du ligament avec trois fils d'argent perforant la rotule. Un mois et demi après l'opération, la marche sans appui était facile.

II. — Buchanan a observé un homme qui fut saisi par une machine à faucher dont la lame tranchante coupa d'un côté le tendon d'Achille, passa à travers l'articulation du cou-de-pied, coupant les malléoles, les artères postérieures et le tendon du muscle tibial postérieur; sur l'autre membre, le tendon d'Achille était également coupé et un morceau du tibia enlevé. Les deux tendons d'Achille furent réunis par quatre sutures au catgut; pansement antiseptique sans drainage. Guérison sans accidents.

La réunion des tendons fut parfaite, et le patient marche aujourd'hui sans appui.

MAUBRAC.

Sur la greffe du corps thyroïde de l'animal à l'homme, par G. ZUCCARO (*Progresso medico*, 20 *juin* 1890).

Ainsi qu'il l'avait exposé dans un premier travail (*Gazzetta degli ospitali*, 1888), Zuccaro a observé constamment chez le chien l'existence d'un *lobule* ayant une individualité propre et qui est situé, tantôt sur la face antérieure, tantôt sur le bord supérieur de la glande, dont il peut être facilement séparé. Quelquefois même on rencontre, en outre, de petits lobules accessoires : ce sont des organes lymphoïdes ayant la structure du tissu adénoïde et non celle du corps thyroïde.

Dans les cas observés par l'auteur, les cas de greffe préventive du corps thyroïde chez des animaux n'ont empêché la mort par cachexie

strumiprive après la thyroïdectomie que lorsque celle-ci avait respecté, volontairement ou involontairement, *le lobule* en question.

Ces recherches n'ont porté que sur des chiens, mais les résultats ont été constants, et dans tous les cas de survie, l'auteur a constaté la conservation du lobule ; dans un cas même, celui-ci présentait une structure analogue à celle du corps thyroïde, trois ans après l'opération, tandis que les fragments de la glande introduits sous la peau avaient été complètement résorbés et ne s'accusaient que par une petite cicatrice fibreuse sous-cutanée.

Zuccaro ne croit pas à l'avenir de cette opération comme mesure thérapeutique. A. SIREDEY.

Zwei Fälle von Morbus B. mit Strumectomie, erfolgreich behandelt (Deux cas de maladie de Basedow traités avec succès par la thyroïdectomie), par LEMKE (*Münch. med. Woch.*, *n°* 41, 14 *octobre* 1890).

1° Sujet de 17 ans, présenta subitement des accès de suffocation dus à sa tumeur thyroïdienne. Lemke pratiqua la cricotomie, et huit jours après l'extirpation de la moitié droite du goitre. Guérison.

2° Homme, 45 ans, attteint depuis longtemps de maladie de Basedow, avec fréquence extrême du pouls et incapable de travailler. Ablation de la moitié droite du goitre. Au bout de six mois, l'exophtalmie persiste, le pouls est toujours vif, mais il y a amélioration évidente et le sujet a repris son travail.

P. TISSIER.

Pneumotomia per gangrena polmonare, par R. BASTIANELLI (*Bullet. d. Societa Lancisiana degli Ospedali di Roma*, *janvier* 1890).

Voici le résumé de cette observation qui est, au dire de l'auteur, la 27e observation connue de pneumotomie dans la gangrène pulmonaire.

Femme de 34 ans prise au 4e jour d'une ovariotomie de phénomènes thoraciques qui, au bout de quelques jours, ne laissent pas de doute sur l'existence d'une gangrène pulmonaire du côté droit. Un mois après le début de la gangrène, on enlève sur la ligne axillaire 10 centimètres de la 6e côte et 10 centimètres de la 5e côte, on pratique une ponction qui permet de constater que la cavité siège à une profondeur de 1 centimètre 1/2, et le tissu qui la double étant très dur, on l'incise au bistouri sur une longueur de 8 centimètres, ce qui ne détermine qu'une hémorragie insignifiante ; il s'écoule par l'incision une quantité considérable de liquide très fétide et des fragments de tissu gangréné ; la cavité est nettoyée au sublimé d'abord puis à la solution borosalicylique et bourrée de gaze à l'iodoforme. Après l'opération, la malade tombe en état de mort apparente, la respiration artificielle ramène les mouvements respiratoires, les battements du cœur reparaissent, mais la malade conserve une hémiplégie gauche et reste dans le coma ; elle succombe 14 heures après l'opération. A l'autopsie, on constate la thrombose d'une veine pulmonaire du lobe supérieur droit et une embolie de l'artère sylvienne droite. GEORGES THIBIERGE.

Tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale, par DE LARABRIE (*Bullet. Soc. de chirurgie*, *XVI*, *p.* 48, *et Arch. gén. de méd.*, *mai* 1890).

Les tumeurs d'origine glandulaire qui ont été décrites surtout à la voûte et au voile du palais mais qui peuvent siéger sur un point quelconque de la muqueuse buccale ne sont pas de simples hypertrophies

glandulaires des adénomes. On doit les considérer comme de véritables épithéliomes presque toujours mélangés à d'autres tissus d'origine conjonctive, tissus fibreux, cartilagineux, myxomateux, etc.

Si dans les tumeurs jeunes l'élément épithélial est constant et prépondérant, il peut se faire qu'à la longue l'élément conjonctif, proliférant activement, s'infiltre entre les masses cellulaires, les dissocie, les amoindrisse jusqu'à les faire disparaître complètement et se substituer à elles. Cette évolution qui, d'après de Larabrie, serait relativement fréquente peut, de même que l'enkystement de ces tumeurs, rendre compte de leur bénignité relative.

Dans d'autres cas, l'épithéliome peut détruire et déborder la trame conjonctive, devenir atypique et se transformer alors en carcinome. De Larabrie rapporte une observation d'épithéliome glandulaire avec envahissement des ganglions. C. WALTHER.

Beitrag zur Statistik der Geschwülste (Contribution à la statistique des tumeurs, par Otto RAPOK (*Deustche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXX*, *p.* 465).

L'auteur a réuni, de 1880 à 1889, 669 observations de tumeurs de toute espèce qui se sont présentées à la clinique chirurgicale de Strasbourg. Elles se répartissent ainsi : carcinomes 399, kystes 253, sarcomes 141, angiomes 35, fibromes 15, lipomes 14, papillomes 12, lymphangiomes 12, ostéomes 9, névromes 7, adénomes 7, chondromes 6, cylindromes 6, nœvi 5, myxomes 2, lymphome malin 1. C'est à peu près l'échelle de fréquence indiquée par Billroth.

Sur les 399 carcinomes, on en trouve 191 dans le sexe masculin, 208 dans le sexe féminin; 212 siégeaient à la face, 89 au sein, 46 au tube digestif. La fréquence de ces tumeurs s'accroit régulièrement avec l'âge jusqu'à 50 ans, pour diminuer au delà de cet âge; le maximum de fréquence est de 56 à 60 ans chez l'homme, de 46 à 50 ans chez la femme.

Sur les 141 sarcomes, on en trouve 88 dans le sexe masculin, 53 dans le sexe féminin; 56 siégeaient à la face, 39 aux membres, 34 au tronc, 12 aux viscères. La fréquence de ces tumeurs est en rapport avec l'exposition des régions aux violences extérieures et leur richesse en lymphatiques; elle est assez grande de 1 à 10 ans, décroit dans la jeunesse et l'âge adulte et augmente de nouveau de 50 à 60 ans.

Les angiomes et les lymphangiomes sont également très fréquents de 1 à 10 ans. En somme, la courbe générale des tumeurs est assez élevée de 1 à 10 ans, décroit de 10 à 30, remonte de 30 à 60 et retombe au delà de 60 ans; le maximum de fréquence est de 40 à 50 ans.

Au point de vue étiologique, le traumatisme joue le rôle principal, puis l'hérédité; mais le fait le plus important, déjà signalé du reste par Campbell de Morgan, est que la plupart des tumeurs (216 sur 669) ont pour point de départ une verrue, un condylome, etc. DE SANTI.

Sur la gangrène des membres consécutive à l'influenza, par DUCHESNEAU (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, *n°* 24, *mai* 1890).

L'auteur rapporte un fait de gangrène du membre inférieur consécutif à l'influenza. Il rapproche de ce fait 9 observations où la gangrène des extrémités a paru avoir pour cause la même donnée étiologique. Il en

conclut que la grippe peut, à elle seule, quoique dans un nombre de cas très restreint, entraîner la gangrène d'une portion de membre. Cette gangrène paraît s'effectuer par le mécanisme d'embolies d'origine microbienne. Le sphacèle, en pareil cas, atteint presque toujours les membres inférieurs et un seul côté. Il ne frappe que des individus du sexe masculin, d'un âge généralement avancé. Son pronostic est très grave. Sur 10 malades frappés de gangrène, et alors que tous n'ont pas été suivis, il y a eu 5 morts. RICHARDIÈRE.

Ein Fall von geheilter auf Ischämie bernhender Muskelkontraktur (Guérison d'une contracture musculaire ischémique), par HILDEBRAND (*Deutsche Zeits. für Chirurgie, t. XXX, p.* 98).

Enfant de 5 ans qui, à la suite d'une fracture de la partie moyenne du radius, fut traité par un appareil si serré qu'il en résulta une eschare à la face antérieure de l'avant-bras et une contracture des fléchisseurs de la main. Au bout de deux mois, il entra à la clinique de Göttingue avec un cal difforme et la main en griffe. Rupture et redressement du cal : immobilisation dans un appareil de Roser; puis, quand la consolidation fut complète, traitement de la contracture par la gymnastique journalière et le massage. Guérison en deux mois et demi.

Cette observation démontre que l'incurabilité des contractures ischémiques, affirmée par Kölliker, n'est point absolue; mais, dans ce cas, la contracture était limitée au groupe des fléchisseurs. DE SANTI.

Zuhülfenahme einer Magnetnadel... (Aiguille magnétique pour l'extraction d'une aiguille), par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch., n°* 25, *p.* 551, 1890).

Une femme s'étant piqué la main avec une aiguille, et ne sachant pas si le fragment y restait ou non (l'accident remontant à six semaines) avait des douleurs sur le trajet du nerf médian. L'auteur appliqua sur la paume de la main une forte aiguille aimantée, laquelle détermina de la rougeur sur le territoire du nerf médian. Le point rouge fut marqué avec le nitrate d'argent, et le lendemain on divisa la peau et l'aponévrose palmaire en cet endroit; l'aiguille fut trouvée et extirpée. L. GALLIARD.

Du mal perforant, par GASCUEL (*Thèse de Paris*, 1890).

Gascuel publie 91 observations de mal perforant plantaire recueillies dans les travaux parus depuis 1880. Jamais il n'a vu le mal perforant sans qu'il n'y eût en même temps une lésion nerveuse, soit centrale, soit périphérique, distincte de la névrite très localisée due au durillon.

Voici comment ces observations sont classées : 69 fois le mal perforant accompagnait une lésion du système nerveux central :

Ataxie, 32 cas ; paralysie générale, 17 ; alcoolisme, 8 ; traumatisme, 4. Natures diverses (dont une maladie de Friedreich), 8. Soit 76 0/0 des cas.

8 fois le mal perforant était lié à une lésion du système nerveux, périphérique : soit 9 0/0 des cas. 14 fois le mal perforant accompagnait le diabète, soit 15 0/0 des cas. MAUBRAC.

Trépanation du bassin pour le traitement des abcès chroniques de la fosse iliaque et du bassin, par TERRILLON (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 699).

Par deux observations, Terrillon montre que non seulement on peut trépaner l'os des îles et la fosse iliaque pour drainer des abcès rebelles ou d'origine osseuse siégeant du côté de la fosse iliaque, mais qu'il est utile, dans les abcès siégeant plus bas, du côté du bassin, de perforer l'os dans sa partie la plus épaisse; cette perforation porte sur la région osseuse qui correspond au détroit supérieur, ou un peu au-dessous. Ce qui est indispensable, c'est que l'orifice interne corresponde au point le plus déclive du foyer purulent.

L'opération est facile à exécuter; peu d'hémorragie, facile à arrêter. La perforation de l'os iliaque ne nécessite aucun instrument spécial. Terrillon a employé une forte rugine pointue. Le drainage une fois installé fonctionne très bien et ne doit être enlevé que tard, lorsque déjà une grande partie de la plaie est comblée et surtout lorsqu'il n'y a plus de communication entre la partie supérieure de cette plaie et la partie déclive occupée par l'orifice interne du tube. Dans ses 2 observations Terrillon a laissé le tube en place 25 et 30 jours. G. WALTHER.

De l'attitude du membre inférieur dans la psoïte suppurée; sa signification pronostique, par Michel GANGOLPHE (*Lyon méd.*, 23 *novembre* 1890).

Dans la psoïte suppurée, le signe classique, flexion de la cuisse, peut faire défaut. Par contre, dans certains cas, le pied se place dans l'éversion, touche au plan horizontal par toute l'étendue de son bord externe. Cette attitude causée par la destruction de la capsule comporte un pronostic à peu près fatal.

La destruction complète du psoas iliaque par la suppuration peut, après guérison, ne laisser aucun trouble appréciable dans le fonctionnement du membre inférieur. A. C.

The treatment of hemorroids by excision, par Ch. PENROSE (*Journ. of Amer. Med. Assoc., p.* 623, 25 *octobre* 1890).

Penrose a appliqué avec succès sur 10 malades le procédé de Whitehead. Penrose étudie les divers temps de l'opération et insiste sur la nécessité de ne pas sacrifier de peau, quelque exhubérante qu'elle paraisse. Relsey (*N. York med. journ.*, 5 oct. 1889), rapporte l'observation d'une femme qui traitée par l'opération de Whitehead présentait un cercle de muqueuse excoriée s'étendant à un pouce en dehors de l'anus : il est probable que dans ce cas, on avait excisé trop de peau. La dissection de la muqueuse est presque exsangue, à moins que la région ait déjà subi une opération ou ait été le siège d'inflammation. Alors même qu'il ne paraît pas y avoir un cercle complet d'hémorroïdes, la portion de la muqueuse réséquée doit former un cylindre pour éviter l'ectropion de l'anus. La suture qui paraît la meilleure est la suture continue au catgut : chez les malades qui ont eu des selles au bout de 24-36 heures, on n'a point noté de conséquence fâcheuse pour la réunion de la plaie. (Voy. XXXVII, 264.) M.

Ueber Callusgeschwülste der männlichen Harnröhre (Des tumeurs calleuses de l'urètre chez l'homme), par SCHUCHARDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 45, *p.* 993 ; 1890).

Homme de 72 ans, ayant eu, à la suite d'une rétention d'urine, à l'âge de 62 ans, un abcès périnéal auquel a succédé une fistule. On constate à la partie moyenne du périnée une tumeur plus grosse que le poing, dure, immobile, indolente, formée par la réunion de plusieurs nodules inégaux ; elle envoie en avant deux prolongements qui embrassent la racine du pénis. Les ganglions inguinaux sont considérablement tuméfiés. Le cathétérisme de l'urètre est impossible. A gauche de la tumeur il y a un point ramolli ; à droite une fistule. Le 11 mai, l'auteur incise sur la ligne médiane. Il pénètre dans une excavation remplie de pus, limitée par un tissu partiellement cicatriciel et partiellement d'apparence sarcomateuse, lequel envahit même le bassin. On ne trouve qu'à grand'peine le bout interne de l'urètre qu'on cathétérise ; lavage vésical à l'eau boriquée ; tamponnement des abcès avec la gaze iodoformée.

En quelques semaines la tumeur disparaît presque complètement. On peut alors pratiquer le cathétérisme de la vessie par le procédé habituel. Cependant l'urine passe presque uniquement par la plaie, laquelle du reste s'est fort rétrécie.

Le 26 juillet, on avive les bords de la plaie et on pratique des sutures profondes et superficielles ; une sonde d'argent est laissée à demeure pendant huit jours. Résultat satisfaisant ; il ne persiste qu'une fistule capillaire qui ne laisse suinter que quelques gouttes d'urine. Le cathétérisme est facile. Les tumeurs ne reparaissent pas. L. GALLIARD.

I. — Operations on the enlarged prostate... (Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate suivi d'un tableau sommaire des observations, par W. BELFIELD (*The Amer. J. of the med. sc.*, *t. II*, *p.* 439, *novembre* 1890).

II. — Two cases of prostatectomy, par W. WHITE (*Med. news*, 13 *décembre* 1890)

I. — L'hypertrophie de la prostate amenant la rétention d'urine n'est nullement, comme on a cherché à le démontrer, le résultat d'une sclérose générale de l'appareil urinaire. La prostate hypertrophiée est, à proprement parler, atteinte de tumeurs fibreuses, et c'est mécaniquement qu'elle obstrue le conduit urétral, aussi dans deux tiers des cas l'ablation de l'obstacle doit-elle ramener les fonctions vésicales. Ces tumeurs prostatiques ne sont pas l'apanage de la vieillesse ; enfin, dans 62 cas sur 67, la rétention d'urine a pu être supprimée par l'ablation après incision sus-pubienne de la tumeur formant obstacle.

On a tenté la prostatectomie par l'urètre, par la périnéotomie, par la cystotomie sus-pubienne, enfin par les incisions combinées périnéales et sus-pubiennes. La cystotomie sus-pubienne paraît réaliser l'idéal en permettant une exploration complète de toute la vessie et de la région prostatique, mais dans quelques faits elle a pu laisser passer inaperçues des tumeurs faisant saillie dans l'urètre prostatique. Quelques auteurs ont cherché à y remédier en conseillant la cautérisation de la région urétrale prostatique. Enfin, il semble que pour cette raison l'opération mixte, combinaison de la taille sus-pubienne avec la boutonnière périnéale, deviendra la règle plutôt que l'exception. Le mémoire est terminé par un tableau relatant 133 cas : 41 prostatectomies périnéales avec 17 succès, 7 insuccès et 4 morts ; 88 par la taille sus-pubienne : 29 succès, 12 insuccès, 9 morts

immédiates et 3 ultérieures ; 4 par la méthode combinée : 3 succès et 1 mort tardive. Le succès, c'est-à-dire la miction volontaire, se maintint 2 ans et plus dans 7 cas, de 18 mois à 2 ans dans 5, de 1 an à 18 mois dans 3, de 6 mois à 1 an dans 9, et au-dessous de 6 mois dans 5. Dans 37 cas on enlève un lobe médian, 9 fois des lobes latéraux, 5 fois le lobe médian et les lobes latéraux, 10 fois il s'agissait d'hypertrophie localisée au col ou en fer à cheval, enfin dans 2 cas il y avait une hypertrophie diffuse. F. VERCHÈRE.

II. — Le premier cas est celui d'un homme de 68 ans chez lequel des lésions urinaires existaient depuis 16 ans; depuis 4 ans la miction n'était possible qu'avec l'aide du cathéter. La prostate était énorme, une cystite purulente s'était établie avec un calcul phosphatique volumineux. Ce calcul fut extrait par la taille hypogastrique, et les lobes moyen et latéral qui étaient volumineux et saillants dans la vessie furent énucléés avec le doigt. Mort le huitième jour après l'opération. Les reins étaient presque complètement désorganisés et purulents.

Le deuxième malade était âgé de 43 ans. Il portait un calcul phosphatique pour lequel White fit la taille périnéale. Le lobe moyen de la prostate était hypertrophié et pédonculé; il fut énucléé avec les ongles. Le malade guérit et tous les troubles vésicaux disparurent. MAUBRAC.

OPHTALMOLOGIE.

D'une apparence ophtalmoscopique de l'œil myope. — Contribution à la connaissance de la prédisposition héréditaire à la myopie, par NUEL (*Bull. de la Soc. d'ophtalm. VIII, et Arch. d'opht., XI, n° 1, p. 56*).

Dans les yeux fortement myopes, ou susceptibles de le devenir, l'auteur a remarqué que les vaisseaux déjà bifurqués à leur émergence se dirigent non pas en haut et en bas, mais plus ou moins vers la région temporale ; de plus, ils affectent un trajet plus rectiligne, surtout les petits vaisseaux papillo-maculaires qui traversent l'aire de l'excavation papillaire et le croissant staphylomateux qui existe toujours dans ces cas. Cette disposition est due à l'ectasie du pôle postérieur qui se fait autour de la macula comme centre. Elle s'explique par l'attraction de la rétine, qui est beaucoup plus forte dans les parties périphériques, où la choroïde et la rétine sont plus lâchement unies : de telle sorte que les vaisseaux de verticaux peuvent devenir presque horizontaux en dehors. C'est surtout chez les myopes à prédisposition héréditaire que l'on observe ce signe : il est probablement congénital. Dans les mesures prophylactiques à prendre chez les jeunes myopes, c'est surtout à ces enfants prédisposés qu'il faudrait s'adresser. F. DE LAPERSONNE.

De l'amblyopie des astigmates, par MARTIN (*Annales d'oculistique, CIII, janv.-février, p. 5, 1891*).

L'amblyopie des astigmates, après correction, peut varier de 1/10 à 9/10 et paraît bien en rapport avec le degré d'astigmatisme. Lorsque

l'acuité visuelle est bonne d'un côté, l'amblyopie du côté opposé, à degré égal d'astigmatisme, est plus marquée que lorsque les deux yeux sont amblyopes par astigmatisme. En effet, lorsqu'un œil n'est pas astigmate, le congénère, bien qu'astigmate, fait des efforts moindres pour corriger son défaut de réfraction ; aussi avec 1.75 D. A. on peut avoir déjà une amblyopie monolatérale de 1/10. La faiblesse de l'état général agit de même pour empêcher les contractions correctrices. Enfin d'autres causes telles que le strabisme, l'hypermétropie, viennent s'adjoindre à l'astigmatisme pour produire les fortes amblyopies monolatérales. F. DE LAPERSONNE.

The pathogeny of divergent and convergent strabismus, par Hansen GRUT (*Ophtalmic Review, p.* 16, *janvier* 1890 et *Transact. of the Opht. Soc. of Unit. Kingdom, X, p.* 1).

La théorie qu'Hansen Grut a défendue à plusieurs reprises est la suivante. Le strabisme divergent est l'expression d'un relâchement de l'innervation de la convergence qui permet aux yeux de prendre la position anatomique du repos. En l'absence de paralysie musculaire, il ne peut donc se produire que lorsque la position anatomique du repos est la divergence. Par contre, le strabisme convergent est le résultat d'une innervation exagérée des droits internes sans lésion musculaire : aussi, lorsque cette innervation est suspendue d'une façon temporaire ou permanente, le strabisme disparaît. Quant au raccourcissement du muscle, il n'a jamais été démontré anatomiquement : d'ailleurs, comment expliquer la cessation du strabisme par le chloroforme et les guérisons spontanées ? F. DE LAPERSONNE.

Ueber Extinction der Netzhautbilder des schielenden Auges beim doppelangigen Sehen (Extinction des images rétiniennes sur l'œil strabique dans la vision binoculaire), par KUGEL (*Arch. f. Ophtalm., XXXVI*, 2).

1° La vision simple des strabiques n'est due ni à l'incongruence congénitale des rétines, ni à la formation de nouvelles relations d'identité, ni à une association de faible énergie. On ne peut pas invoquer davantage un processus psychique, qu'il soit passif (défaut d'attention) ou actif (élimination de la fausse image par suite des nécessités de l'orientation) ;

2° La vision simple des strabiques constitue un processus physiologique dont les bases peuvent être de trois sortes :

a) *Suppression de la déviation.* — Cela ne se présente que rarement, dans des conditions d'observations particulières, et chez certains malades, pendant de courts instants.

b) Le facteur le plus important consiste dans la suppression des images de l'œil strabique par les images de l'œil sain, quand celles-ci occupent la même position apparente et ont des contours nettement délimités (extinction). Si donc un strabique fixe un objet isolé, susceptible de paraître double, on peut éteindre l'image de l'œil dévié en formant sur la même région de la rétine de l'œil sain, l'image d'un autre objet. Ces faits sont dus à l'influence remarquable que les contours des images de l'œil sain exercent sur les images de l'œil dont la faculté visuelle est

moindre. Ces mêmes faits peuvent donc se reproduire sur le sujet normal à l'aide du stéréoscope et en affaiblissant la vision de l'un des deux yeux. Le phénomène de l'extinction est donc causé non pas par le strabisme proprement dit, mais par la qualité inégale des images des deux yeux.

On comprend, dès lors, que le même strabique voit tantôt simple et tantôt double, suivant le cas. Si un strabique dont les deux yeux paraissant normaux au point de vue de l'acuité visuelle, n'est incommodé ni par la confusion des deux champs visuels ni par les doubles images; cela tient à ce que l'œil dévié n'accommode pas de même que l'œil non dévié et que les rayons rencontrent la cornée sous une incidence oblique, d'où inégalité de fait des images et extinction dans les cas où la perception double deviendrait nuisible.

c) La vision simple, dans les cas où l'œil dévié possède encore une assez bonne vision monoculaire, peut encore être attribuée à une amaurose de la région rétinienne sur laquelle se peignent les images des objets fixés. La cause de la vision simple est donc ici toute locale, stationnaire et due à un état pathologique de la rétine.

D'ailleurs, dans ce cas d'amblyopie localisée, les phénomènes de la vision binoculaire des strabiques différeront suivant le degré de l'asthénopie locale : son étendue, sa forme, ses limites. On conçoit dès lors combien peuvent être variables les phénomènes de la vision binoculaire chez les strabiques. ROHMER.

Operative Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Aphakie (Traitement opératoire des myopies fortes par l'aphakie), par FUKALA (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXVI*, 2).

Les tentatives chirurgicales dirigées dans le but de diminuer la myopie par une modification de courbure de la cornée n'ayant jusqu'alors donné aucun résultat pratique, Fukala a mis à exécution l'idée de réduire les myopies très fortes par la discision du cristallin.

Actuellement, 22 yeux myopes de 10 à 20 dioptries ont été soumis à cette opération, tous appartenant à des jeunes gens de moins de 24 ans, tous ayant une acuité visuelle relativement bonne (n° 1 de Jaeger au remotum), sans lésions choroïdiennes ni rétiniennes, à part des staphylomes plus ou moins marqués. Malgré les interventions répétées que nécessite le mode d'opération adopté pour faire disparaître le cristallin, un résultat général très remarquable est que toujours l'acuité visuelle a augmenté, devenant dans tous, quatre fois, douze fois plus grande, à distance, suivant les cas. Souvent, pour voir à distance les opérés étaient naturellement obligés de porter un verre convexe plus ou moins forts, suivant que la myopie était plus ou moins faible; d'autres restaient encore myopes de quelques dioptries.

Chez des vieux myopes, l'ablation du cristallin devrait être substituée à la discision; l'auteur n'a pas encore eu l'occasion de la faire.

ROHMER.

Nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire, par MOTAIS (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 9 *septembre* 1890).

Après avoir mis à nu l'insertion tendineuse, soulevé le tendon avec

un crochet, traversé avec les fils les bords du tendon, la conjonctive et la capsule, on sectionne partiellement l'attache tendineuse en s'arrêtant de chaque côté à un millimètre environ de la ligne médiane du tendon, de manière à laisser une languette, dont la largeur peut même être inférieure à 2 millimètres. Pour rendre plus mobiles les deux bords qui doivent être avancés, on les détache par deux coups de ciseaux sur une longueur de 8 à 10 millimètres, en ayant soin de ne pas couper les fils. L'opération se termine comme dans le procédé classique. Ce procédé d'avancement à languette médiane adhérente offre l'avantage d'éviter l'aggravation du strabisme, qui se produit dans le procédé ordinaire quand la suture vient à manquer. OZENNE.

Nystagmus des mineurs, par **THOMPSON** (*Royal London opht. Society*, 29 *janvier* 1891).

Le nystagmus est beaucoup plus fréquent chez les mineurs qui travaillent debout mais avec des lampes de sûreté qui donnent très peu de lumière. Dans certaines mines le nystagmus n'est apparu qu'après l'introduction de la lampe de sûreté, et il guérit lorsqu'on peut faire travailler les ouvriers à la lumière ordinaire. Les malades se plaignent d'éblouissements, de vertige : ils ont de l'héméralopie.

La cause principale du nystagmus serait donc l'éclairage insuffisant; la fixation des yeux dans une direction oblique ne serait que secondaire; les anomalies de réfraction, en particulier l'hypermétropie et l'astigmatisme, seraient des causes prédisposantes. F. DE LAPERSONNE.

Ueber die pathologische Wirkung der Contouren... (De l'action pathologique des contours dans la vision monoculaire des astigmates et de l'éblouissement comme cause de nystagmus), par **KUGEL** (*Arch. f. Opht. XXXVI*, 2).

L'auteur s'efforce d'étendre à l'œil astigmate la notion d'extinction développée dans le travail de Fick et de Gruber, en ce sens que dans un même œil les contours nets agiraient en éteignant les contours diffus des contours à direction croisée avec les précédents.

Le nystagmus, pour Kugel, serait une contraction réflexe clonique causée par des excitations ou des effacements de la sensibilité rétinienne. ROHMER.

Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil et de leur propagation dans les sinus et les cavités de la face, par **FAUSSILLON** (*Thèse de Paris*, *n°* 183, 1890).

On peut observer à l'angle ciliaire de l'œil toutes les variétés de tumeur maligne. Les épithéliomes prennent naissance sur le bord libre, sur la caroncule, le repli semi-lunaire ou la conjonctive. Les sarcomes proviennent plutôt de l'orbite. Quant aux cylindromes, dont l'auteur rapporte deux cas opérés par Valude, ils naissent le plus souvent dans la peau. Cette variété de tumeurs, véritable endothéliome développé aux dépens des cellules qui tapissent la paroi interne des vaisseaux lymphatiques, serait plus fréquente dans cette région qu'on ne l'a pensé jusqu'ici. Elle a une grande tendance à envahir les cavités de la face, en particulier les fosses nasales. Aussi l'extirpation de ces néoplasmes doit être faite de bonne heure. F. DE LAPERSONNE.

Atresie der Thränenpunkte durch Contractur des Sphincter (Atrésie des points lacrymaux par contracture du sphincter), par SEGGEL (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1890).

Seggel rappelle que Merkel, Walzberg et Gerbach ont démontré l'existence d'un sphincter musculaire autour des points lacrymaux supérieur et inférieur. Jusqu'ici les oculistes y ont fait trop peu attention.

Il a vu, dans un cas, avec la loupe, le point lacrymal supérieur s'ouvrir et se fermer comme une bouche. En outre, la papille lacrymale avançait et reculait, chez son malade, et le stillicidium était dû simplement à l'occlusion du point lacrymal par la contraction du sphincter. Dans un second cas, il essaya de guérir le larmoiement par la dilatation mécanique des points lacrymaux avec une sonde conique ; mais le lendemain, le larmoiement était encore plus fort. Seggel ordonna alors des frictions avec une pommade à la belladone, et le jour suivant non seulement le larmoiement, mais même l'irritation produite par une blépharite avaient disparu. ROHMER.

I. — Innesto di congiuntiva e cornea di cane in un caso di simblefaro con attachimento immediato e successiva atrofia, par GASPARINI (*Siena*, 1889).

II. — Innesto di cute in caso di simblefaro con buon esito definitivo, par GASPARINI (*Ann. di ottalm., XIX, f.* 1).

I. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un individu ayant reçu de la chaux vive dans l'œil droit : deux mois après, la vision était presque abolie, la cornée entièrement opaque, le globe était immobilisé par le symblepharon qui occupait les deux tiers de la paupière inférieure et la moitié de la supérieure. Après avoir séparé le globe des adhérences, on fit une greffe avec la conjonctive et une partie de la cornée d'un chien. Très rapidement on obtenait une adhérence intime de la greffe. Mais bientôt, la cornée devenait opaque, une vascularisation considérable envahissait la conjonctive. Au bout de quelques mois les culs-de-sac conjonctivaux avaient presque complètement disparu. Cette nouvelle tentative montre que les greffes animales prennent facilement mais qu'elles donnent un mauvais résultat final.

II. — L'auteur a été plus heureux dans un autre cas, en se servant de la peau même du malade : il est vrai que le cas était plus simple puisqu'il s'agissait de remédier à l'immobilisation du globe, par suite d'excisions répétées d'un ptérygion chez un granuleux. Six mois après, les mouvements de l'œil étaient parfaitement libres. Il existait à l'angle interne de l'œil un petit bourrelet cutané qui ressemblait à une grosse caroncule : la peau transplantée avait pris à peu près l'aspect d'une muqueuse. F. DE LAPERSONNE.

Bemerkungen zu der Jacobson'schen Trichiasis-Operation, par PINCUS (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1890).

L'auteur recommande l'opération de Jacobson-Vossius contre le trichiasis. Après avoir placé sous la paupière la spatule en corne de Jaeger, on fait une incision le long du bord palpébral, déterminant ainsi une plaie béante dans laquelle on insinue un lambeau cutané temporal large de 3-4 millimètres et on le fixe par plusieurs sutures. L'adhérence constante de ce lambeau a pour effet, d'abord d'élargir le bord marginal primitivement trop court, et ensuite d'annihiler l'effet de l'orbiculaire qui luxait toujours vers en dedans le bord libre de la paupière.

Cette opération, pratiquée des centaines de fois à la clinique de Königsberg, a toujours donné de bons résultats. ROHMER.

Zur Frage von dem Mikroorganismus des Trachoms, par SHONGOLOWICZ (*St.Peterb. med. Woch.*, *n°* 28, 1890).

Le contenu des follicules a été examiné sur 26 malades et le repli conjonctival sur 12. Dans ces derniers cas, l'auteur, par la coloration de Gram-Weigert et la culture sur gélatine et sur agar, n'a trouvé que des bacilles, tandis que dans les follicules ces bacilles étaient mêlés à des microcoques. Jusqu'ici les microcoques avaient été regardés au contraire comme les agents essentiels de l'affection. Il est vrai de dire que le bacille en question ne se colore qu'à ses extrémités, ce qui permet de le confondre avec des microcoques.

Le bacille se cultive aisément à la température ordinaire et à celle du corps, en formant une pellicule fluorescente. Deux fois, à l'aide de cette culture pure, il a été possible de déterminer chez le chat et le lapin une affection fort semblable au trachome de l'homme. LEFLAIVE.

Rupture sous-conjonctivale de la sclérotique simulant une luxation du cristallin sous la conjonctive, par GORECKI (*Soc. d'ophtalm. de Paris*, *1er juillet et Recueil d'ophtalm.*, *n°* 7, *p.* 401,1 890).

A la suite d'un traumatisme, il existait une rupture sous-conjonctivale de la sclérotique simulant une luxation sous-conjonctivale du cristallin. Lorsque le sang qui remplissait la chambre antérieure fut résorbé, on reconnut que le cristallin était en place et que la tumeur était formée par une hernie de l'iris et du corps vitré sous la conjonctive. Le vision s'est rétablie en partie. Il est remarquable que le cristallin ait pu rester en place après un pareil ébranlement de l'œil. F. DE LAPERSONNE.

I. — Ein Beitrag zur Hemeralopie und zur Xerosis Conjunctivæ epithelialis, par UHTHOFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 28, *p.* 630, *et n°* 42, *p.* 976, 14 *juillet et* 20 *octobre* 1890).

II. — Lesioni nervose nella xerosi con ameralopia, par CIRINCIONE (*Giornale di Neuropatologia*, *An. VII*, *fasc.* 4-5).

III. — Contribution à l'étude du xérosis infantile de la conjonctive, par BRAUNSCHWEIG (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 23, *p.* 889, 1890).

I. — Uhthoff relate un cas d'héméralopie avec xérose superficielle de la conjonctive chez un jeune végétarien et ajoute l'accolisme chronique au nombre des facteurs étiologiques de ces 2 affections souvent concomitantes. En effet, sur 1,500 aliénés du sexe masculin, dont un tiers étaient des alcooliques, il a compté 27 cas d'héméralopie ou de xérose conjonctivale ; or, 24 sur 27 de ces malades étaient des alcooliques avérés ; 14 sur les 27 avaient seulement de la xérose, 7 de l'héméralopie et de la xérose et 3 de l'héméralopie sans xérose. Les 3 aliénés non alcooliques n'avaient que de la xérose conjonctivale.

8 fois seulement les taches xérotiques occupaient les 2 yeux ; 2 fois elles disparurent pendant le cours de l'observation. Constamment Uhthoff a trouvé le bacille de Neisser auquel il n'attache d'ailleurs aucune influence pathogène. Les taches de xérose siégeaient sur la portion interpalpébrale de la conjonctive bulbaire, toujours au côté externe de la cornée.

Sur les 27 malades 6 offraient à l'ophtalmoscope une décoloration des portions temporales des papilles dont 4 avec scotome central ; 3 autres avaient de l'amblyopie sans rien à l'examen ophtalmoscopique. 9 des 24 alcooliques présentaient des troubles digestifs, 2 seulement avaient une affection du foie. Chez 1 seul malade l'héméralopie était héréditaire ; chez un autre, elle existait de jeunesse, avant les excès de boissons ; 5 sur 24 étaient de grands fumeurs et 8 avaient des convulsions épileptiformes. J. B.

II. — Les travaux de Bitot, de Willemin et de Netter ont démontré, depuis longtemps, la coïncidence de l'héméralopie et du xérosis épithélial de la conjonctive. Mais l'affection est-elle d'origine parasitaire, comme on l'a pensé ? L'auteur prouve que la bacille décrit par Reymond et Colomiatti vit seulement aux dépens de la conjonctive xérosique mais ne peut pas expliquer les symptômes multiples que l'on observe, l'insensibilité partielle ou complète de la cornée, de la conjonctive, et même de la face, l'héméralopie, l'hypotomie du globe, la dilatation pupillaire, l'anosmie, etc. Tous ces signes démontrent bien une lésion d'origine nerveuse, et, en effet, l'auteur a trouvé des lésions anatomiques qui se résument dans l'inflammation chronique des ganglions de la cinquième et de la troisième paire des nerfs craniens. F. DE LAPERSONNE.

III. — Dans ce travail l'auteur discute les relations qui peuvent exister entre les manifestations oculaires et les altérations que l'on constate du côté des autres organes chez les malades atteints de xérosis ; il relate cinq cas observés par lui chez de tous jeunes enfants qui tous ont succombé ; à l'autopsie furent constatées diverses lésions telles que dégénérescence graisseuse du foie, des reins, entérite atrophique, bronchopneumonie, etc.

Les examens bactériologiques faits par l'auteur sont restés négatifs : aussi se range-t-il à l'opinion de Baumgarten pour qui le microbe du xérosis vient se greffer sur des tissus déjà malades et ne peut être en aucune façon l'agent d'une infection généralisée ; Braunschweig ne serait pas éloigné d'admettre la syphilis héréditaire comme cause prédisposante. G. LYON.

Kalkdrüsen an der Vorderfläche der Iris eines sehtüchtigen Auges (Concrétions calcaires à la surface antérieure de l'iris d'un œil doué de vision), par BOCK (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., octobre* 1890).

Chez un malade âgé de 45 ans, opéré depuis plusieurs années de cataracte sur les deux yeux probablement par discision, l'auteur constate sur un œil une légère cataracte secondaire parsemée de points blancs et brillants dus très probablement à une dégénérescence calcaire. Devant l'iris, on observait également quelques corpuscules blanchâtres arrondis, probablement de même nature et dus vraisemblablement à une transformation de portions du cristallin. L'œil était sans aucune trace d'inflammation ; mais à l'ophtalmoscope on observait des marques évidentes d'ancienne rétino-choroïdite. Le malade voyait assez pour se conduire, mais les verres n'amélioraient pas la vision et une épreuve quantitative fut impossible par manque d'intelligence du malade. ROHMER.

I. — Tuberculose de l'iris, par de WECKER (*Soc. d'ophtalm. de Paris, p.* 221, 1er *avril* 1890).

II. — Tuberculose oculaire, par van DUYSE (*Annales d'oculistique, CIV, p.* 5.)

I. — L'auteur, en présentant deux jeunes malades atteints de tuberculose de l'iris, guérie par l'excision, montre que nous devons intervenir par une excision partielle de la partie malade quand la tuberculose est circonscrite et nous abstenir de toute opération s'il y a généralisation de la maladie à toute la partie antérieure du tractus uvéal. Il ne croit pas à l'infection ectogène de l'œil dans les cas de tuberculose de l'iris, et il pense que l'énucléation est tout à fait inutile. Lorsque le tubercule est très voisin du bord cornéen, ce qui rend l'extraction plus difficile, il fait au moyen du couteau de Græfe une petite incision dans la sclérotique et il l'agrandit avec les ciseaux. Dans la discussion qui suit cette lecture, plusieurs membres, Despagnet, Vignes, Chauvel, insistent sur l'utilité de l'énucléation lorsque l'œil est définitivement perdu pour la vision. Parinaud, qui a pu faire le diagnostic, un des premiers, en 1879, sur un malade présenté à la Société de chirurgie, pense que le diagnostic clinique de la tuberculose irienne est toujours très difficile : il faut agir avec une certaine réserve, car la guérison des tubercules de l'iris par les moyens médicaux est possible.

II. — Dans cet intéressant travail, Van Duyse montre que la tuberculose de l'iris peut se propager d'avant en arrière en produisant une sorte de lymphangite infectieuse de l'œil. Par suite de l'analogie de tissus et des nombreuses voies de communication l'inflammation s'étend aux tuniques du nerf optique, particulièrement à la gaine piale. Il se produit dès lors une périnévrite et une névrite qui se traduisent par les signes de la papillite, phénomènes tout à fait analogues à ceux que l'on observe dans la méningite tuberculeuse. Même dans ces conditions, la tuberculose irienne peut guérir; ce fait avait été reconnu expérimentalement par l'auteur. Depuis il a pu, *chez l'homme*, suivre deux cas, auxquels se joint une observation intéressante de Parinaud. Dans le cas de guérison, la question de diagnostic reste bien difficile à trancher, d'autant plus qu'on a signalé une forme gommeuse de l'iritis hérédo-syphilitique. Peut-être pourrait-on faire, comme le propose Panas, des inoculations avec le liquide retiré de la chambre antérieure par une ponction. Les interventions chirurgicales ne sont donc pas toujours indiquées dans la tuberculose oculaire.

F. DE LAPERSONNE.

Iridectomie par un procédé simplifié, par DUJARDIN (*Journal des sc. méd. de Lille, n°* 24, 1890).

Dans un cas d'occlusion complète de la pupille à la suite d'une opération de cataracte, Dujardin a employé le procédé suivant pour pratiquer l'iridectomie. Un couteau de Græfe est introduit dans la cornée comme pour la kératotomie : par de lents mouvements de scie, on fait deux sections cornéennes verticales de 4 à 5 millimètres de hauteur. Par une de ces plaies, introduction de la pince à iris qui soulève un lambeau irien aussi large que possible. Par la plaie opposée, introduction de la pince-ciseaux de Wecker, excision du lambeau soulevé : la pupille reste béante et est ainsi bien centrale.

F. DE LAPERSONNE.

La cataracte chez les jeunes sujets, par DOLARD (*Thèse de Lyon*, 1890)

Il y a tout avantage à intervenir de bonne heure dans les cas de cataracte congénitale, afin d'éviter les inconvénients d'une mauvaise éducation optique (myopie, strabisme, nystagmus) : il résulte des observations recueillies à la clinique du professeur Gayet que les résultats visuels sont bien meilleurs lorsqu'on est intervenu de bonne heure. Chez les tout jeunes enfants, il faut faire l'extraction après complète chloroformisation et n'appliquer qu'un simple bandeau : plus tard, le pansement ne diffère plus de celui des adultes. Pour la cataracte zonulaire, il vaut mieux faire l'iridectomie et une incision cornéenne assez grande, car le noyau est quelquefois volumineux. Gayet fait la kératokystitomie, mais si la brèche capsulaire n'est pas assez grande, on peut l'augmenter avec le kystitome. F. DE LAPERSONNE.

Ueber Extraction unreifer Cataracten (Extraction de cataractes avant maturité), par SCHWEIGGER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 28, *p.* 605, 1890).

A l'âge où le cristallin ne subit plus la déformation physiologique que produit chez les sujets jeunes l'accommodation, après 55 ans et mieux encore après 60 ans, on peut extraire la cataracte sans attendre la maturité, dès qu'il y a des troubles visuels ; on peut alors se dispenser de pratiquer l'iridectomie.

Aux périodes où l'accommodation s'effectue régulièrement, la couche corticale du cristallin reste adhérente à la capsule pendant l'extraction du noyau, de sorte qu'on voit bientôt au niveau de la pupille des fragments opaques.

Quand le phénomène se produit chez des enfants et des adolescents, il n'arrive pas d'accident ; chez les sujets plus âgés, il est suivi de graves inflammations de l'iris, de la choroïde et même de la cornée.

Donc chez les sujets au-dessous de 55 ans il faut pratiquer la maturation artificielle de la cataracte soit par la discision (Græfe), soit par le massage (Förster). L'auteur préfère le premier procédé avant 40 ans, le second après. Dans les deux cas il supprime l'iridectomie. L. GALLIARD.

Eine seltene angeborene Anomalie der Linsen (Une anomalie congénitale rare des cristallins), par CISSEL (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *août* 1890).

Chez un écolier de 13 ans, on trouve à l'examen direct que les deux cristallins se terminent à leur partie inférieure par une ligne horizontale, un peu excavée sur l'un d'eux, de sorte que tout un segment manque sur les deux lentilles. Impossible de voir les fibres de la zonule. La pupille, dilatée, permet de voir le fond de l'œil en double sur chaque organe. Astigmatisme cristallinien, le méridien vertical de la lentille étant plus courbe que l'horizontal, + 2 D. à droite et + 1 D. à gauche avec l'instrument de Javal; l'astigmatisme fut corrigé par des verres convexes. Le malade ne se plaint ni de diplopie, ni d'amélioration de la vue à la lumière atténuée. Pour la vue de loin, le patient incline fortement la tête en arrière, et ferme presque les yeux, de façon à éliminer de la vision la partie inférieure de ses cristallins, la plus astigmate. La lecture de près est possible dans toutes les positions de la tête. ROHMER.

Ueber Erholung der Netzhaut (Sur le renouvellement de fonctions de la rétine), par FICK et GÜRBER (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXVI*, 2).

Les auteurs nient généralement que la rétine soit fatiguée à un degré appréciable à la fin de la journée. Quand on cherche si le sens de la lumière, le sens des couleurs et l'acuité visuelle sont diminués par le travail quotidien, l'expérience répond que les différences constatées dépendent surtout de l'intensité de la lumière au moment de l'expérience et pas du tout de l'heure de la journée.

D'autre part, les images consécutives, signes de fatigue indubitable qu'il arrive à tout observateur de constater sur lui-même à divers moments de la journée, montrent que la rétine se fatigue certainement, mais jusqu'à la fin de la journée on ne constate plus la trace de cette fatigue, il faut que certains agents réparent les forces de la rétine sans interrompre son fonctionnement.

Ils montrent que, d'une part, les mouvements de l'œil, des paupières et de l'accommodation accélèrent la circulation rétinienne; que, d'autre part, ces mêmes mouvements empêchent la fatigue de la rétine de croître d'une manière continue pendant le cours de la journée. L'accélération de la circulation rétinienne, tel est donc le moyen par lequel la rétine répare ses forces. ROHMER.

Ueber die Sternfigur in der Netzhautmitte (De la figure étoilée dans le centre de la rétine), par PULVERMACHER (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, *novembre* 1890).

L'auteur étudie les détails de la figure étoilée qu'on observe autour de la macula dans quelques maladies de la rétine. Deux de ses observations ont trait à la maladie de Bright, et la troisième à un cas de névrite optique chez une jeune fille âgée de 16 ans avec légère hydrocéphalie.

Dans le cas de rétinite albuminurique, la disposition des fibres radiées de Muller ne suffit point pour expliquer la forme étoilée; il faudrait admettre la disposition radiée des fins capillaires autour de la tache jaune, disposition jusqu'alors non encore démontrée, et que la lésion des capillaires dépend des ilôts de dégénérescences de la rétine, fréquents surtout dans la rétinite albuminurique. ROHMER.

Ueber Altersveränderungen der Netzhaut (Altérations séniles de la rétine), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *novembre* 1890).

Il existe chez les vieillards des lésions habituelles et régulières. Celles-ci ne sont généralement pas ressenties par les intéressés; les progrès en sont très lents, de sorte que la mort arrive avant qu'ils aient pu être appréciés. Chez très peu de vieillards la presbyopie peut être corrigée par des verres convexes; c'est alors qu'il faut faire intervenir ces altérations séniles mais qui n'amènent jamais la cécité.

Ces altérations, chez 50 personnes examinées, ont été trouvées dans 86 0/0 des cas, et peuvent se répartir de la façon suivante : Opacités du corps vitré, 26 0/0; foyers au pourtour du nerf optique 20 0/0; état pointillé de la fovea 8 0/0; rétinite centrale plus accusée 46 0/0; altérations périphériques 10 0/0; hémorragies sur le nerf optique 2 0/0;

hémorragies de la rétine, 2 0/0; cristaux dane la rétine 2 0/0; atrophie sénile du nerf optique 8 0/0; altérations des artères 46 0/0, des veines 22 0/0.

En dehors des complications, telles que cataracte, rétinite centrale, ces lésions séniles n'ont que peu d'influence sur l'acuité visuelle qui varie entre 1 et 1/3. ROHMER.

I. — Zur operativen Behandlung der Netzhautabloesung mittelst Iodinjection in den Bulbus..., par SCHŒLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 768, *et n°* 35, *p*, 798, 25 *août et* 1er *septembre* 1890).

II. — Même sujet, par SCHWEIGGER (*Ibidem*, *n°* 22, *p.* 498, 2 *juin* 1890).

III. — Ueber Netzhautabloesung (Traitement du décollement rétinien), par PFLUEGER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 11, *p.* 350, 1er *juin* 1890).

I. — Schœler a traité actuellement 26 décollements rétiniens par les injections intra-oculaires : 22 fois il s'est servi de teinture d'iode, 2 fois de la solution de Lugol, à l'exemple d'Abadie (*R. S. M.*, XXXVI, 284) et 2 fois d'une solution aqueuse de salicylate de soude au tiers. Voici les résultats de cette médication.

Dans 4 cas où les lésions étaient trop avancées pour qu'on pût espérer les guérir entièrement, on a obtenu un recollement partiel de la rétine et la cessation de l'état inflammatoire.

Dans 3 cas, le résultat a été mauvais par suite d'hémorragies. Dans 5 autres, il a été insuffisant. Dans 6, on a obtenu temporairement le recollement de la rétine. Dans 2, les progrès vers la guérison durable sont continus. Enfin, dans les 6 derniers, on a obtenu la guérison durable avec recollement complet de la rétine : 3 de ces cas ont été opérés il y a 18 mois et 2 il y a 10 mois.

La réaction inflammatoire provoquée par les injections ne tarde pas, dans la majorité des cas, à disparaître sous l'action de l'atropine et des compresses froides. Deux fois seulement il s'est produit une ou deux synéchies en arrière de l'iris. La douleur, qui peut durer 24 heures, n'est jamais assez vive pour que le malade se refuse à continuer le traitement. Schœler injecte la moitié ou les deux tiers d'une des dix divisions de sa seringue de Pravaz. On peut doubler la dose quand il s'agit de l'espace sous-rétinien seul.

En terminant, Schœler déclare avoir renoncé à poursuivre ses essais thérapeutiques d'injections de liquides antiseptiques dans le corps vitré (*R. S. M.*, XXXV, 678), par crainte de provoquer une méningite suppurée, suivant un mécanisme analogue à ce qu'on observe quand on pratique ces injections pour une otite moyenne purulente.

II. — Schweigger qui a maintenant eu recours dans 10 cas de décollement rétinien au traitement opératoire de Schœler, persiste à en nier la valeur (*R. S. M.*, XXXIV, 283 ; XXXV, 677 et 679). J. B.

III. — Pflueger a essayé le traitement de Schœler dans 5 cas de décollement rétinien, dont deux liés à la myopie, un à une suppression brusque des menstrues, et deux d'origine hémorragique.

Pour les trois premiers cas, il a obtenu le recollement complet de la membrane et une amélioration considérable de l'acuité visuelle ; pour les

deux derniers, l'amélioration a été médiocre, mais jamais il n'y a eu d'aggravation. Dans les trois premiers cas, le corps vitré s'est complètement éclairci; dans les deux décollements hémorragiques, son trouble a diminué. Pflueger n'a pas observé d'opacités du cristallin; une fois il y eut une iritis légère qui céda à l'atropine dans l'espace de 24 heures.

Dans la discussion, *Conrad* fait connaître que des oculistes lui ont adressé deux femmes enceintes atteintes de décollement rétinien pour qu'il leur pratique l'avortement artificiel. Le décollement a rapidement guéri après l'interruption de la grossesse. Il ajoute que nulle part on ne trouve signalé le décollement de la rétine parmi les indications de l'avortement artificiel.

Pflueger a observé deux cas de décollement rétinien chez des femmes enceintes albuminuriques; il y a eu amélioration après l'accouchement. Il estime aussi que le décollement rétinien est une indication à provoquer l'avortement; il y ajoute aussi la névrite optique ayant une tendance marquée à l'atrophie. J. B.

Contribution à l'étude anatomique et clinique du gliome de la rétine, par LAGRANGE (*Arch. d'Ophtalm. X*, *n°* 5, *p.* 385).

Lagrange rapporte un nouveau fait de guérison de gliome de la rétine qui se maintient depuis deux ans sans récidive, et il cherche à expliquer par l'étude anatomo-pathologique de ce cas, les faits assez nombreux de guérison complète de gliome de la rétine. La tumeur s'était développée aux dépens des éléments retiniens, épithélium pigmentaire excepté (variété du gliome endophyte de Hirschberg) : elle avait envahi le corps vitré presque tout entier : une petite greffe néoplasique s'était faite sur la papille mais n'avait pas dépassé la lame criblée. En aucun point, la choroïde n'était envahie et la coque oculaire n'était pas rompue. La tumeur était limitée en dehors par un mince feuillet fibreux qui avait formé une barrière contre l'envahissement du néoplasme : ce feuillet paraît être formé par l'épaississement de la lame vitreuse de la choroïde. Le gliome de la retine, particulièrement la forme endophyte, présenterait quelquefois une marche assez bénigne, grâce à un encapsulement qui s'oppose pendant quelque temps à la généralisation. En intervenant de très bonne heure, on pourrait compter sur un excellent résultat dans plus d'un cinquième des cas. F. DE LAPERSONNE.

Photophobie intense guérie par l'anesthésie directe du ganglion de Gasser, par GUTTIEREZ-PONCE (*Soc. d'opht. de Paris. Recueil d'ophtalm.*, *n°* 2, *p.* 107 4 *février* 1891).

Chez un enfant de 13 ans, il existait une kératite intense avec photophobie, éternuements. Le ganglion de Gasser jouant un rôle important dans la production de ce dernier réflexe et se trouvant situé près du conduit auditif, l'auteur eut l'idée d'introduire dans l'oreille une boulette de coton, imbibée de quelques gouttes de chloroforme. Au bout de quelques minutes, on pouvait ouvrir l'œil de l'enfant sans que l'éternuement se produisît.

F. DE LAPERSONNE.

L'altération du corps vitré dans le glaucome, par HŒNSELL (*Arch. d'ophtalm.*, *X*, *n°* 6, *p.* 518).

Dans des recherches antérieures, Hœnsell a montré la structure lamellaire du corps vitré. Les lamelles naissent au dépens des nombreuses

branches vasculaires que l'artère hyaloïdienne envoie dans le corps vitré embryonnaire. Après la naissance, la substance hyaline développée dans les cellules qui forment ces lamelles augmente considérablement, la substance granuleuse du corps vitré embryonnaire disparaît au contraire, et se trouve remplacé par un liquide qui a le même indice de réfraction que la substance hyaline. Dans le processus glaucomateux, il y a oblitération des voies intracellulaires par condensation de la substance hyaline, les lamelles deviennent imperméables, d'où augmentation de la tension intraoculaire. La dégénérescence hyaline se retrouve dans les autres tissus de l'œil, en particulier dans le nerf optique. Elle les rend incapables d'entretenir leurs fonctions vitales, par suite de l'obstruction des voies par lesquelles leur arrivent les matières nutritives.

F. DE LAPERSONNE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Die Naht der Spalten und... (Suture des divisions palatines sans section des muscles du voile du palais), par Julius WOLFF (*Cent. f. Chir.*, *n°* 25, *p.* 457, 1890)

Les incisions libératrices du voile du palais, recommandées par Dieffenbach, Fergusson, Langenbeck, la section de l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, pratiquée par Billroth dans le même but, sont complètement inutiles. Lorsque les parties molles, qui recouvrent le palais osseux, ont été détachées des os sous-jacents, le voile du palais devient parfaitement mobile. Julius Wolff opère maintenant de la manière suivante, qui ne me paraît pas différer de celle de U. Trélat. Incision libératrice le long des alvéoles, jusqu'à la protubérance du maxillaire. En arrière, détachement des parties molles d'abord de la face inférieure du palais osseux, puis du bord postérieur de la lame horizontale du palatin, suture, etc. Quand la division porte seulement sur le voile, il fait de courtes incisions libératrices sur la partie la plus reculée du rebord alvéolaire, et la mobilisation comme précédemment. 10 malades ont été opérés de la sorte avec succès.

L'auteur a fait une autre modification, qui consiste à faire des sutures non seulement sur la face inférieure ou buccale du voile, mais aussi sur la face supérieure ou nasale. Le manuel opératoire, qui ne présenterait pas de difficultés, consiste à placer un premier fil sur la luette, puis à se servir de ce fil pour renverser le voile, et en placer un second sur la face dorsale, et ainsi de suite, chaque fil permettant de découvrir la place où sera placé le suivant.

PIERRE DELBET.

On a method of closing... (Nouvelle méthode de palatoplastie), par Davis COLLEY (*Brit. med. j.*, *p.* 950, 25 *octobre* 1890).

Le procédé de Colley est le suivant :

1er temps : incision, le long de la fissure médiopalatine, de deux lam-

beaux ; un volumineux, parallèle d'un côté à l'arcade dentaire, de l'autre au bord de la fissure et occupant les deux tiers de la longueur de celle-ci. Un second lambeau, beaucoup plus petit comprenant le tiers antérieur de la fissure et n'arrivant pas à l'arcade dentaire.

2e temps. On rabat les deux lambeaux que l'on dissèque soigneusement en évitant les gros vaisseaux palatins. Cela fait, on rabat le petit lambeau que l'on suture à l'extrémité antérieure de la surface cruentée sur laquelle on a pris le premier lambeau.

3e temps. On dirige le second lambeau obliquement, de manière à croiser le précédent, et on suture directement son bord libre avec la muqueuse palatine restée saine. De cette façon, les surfaces cruentées s'appliquent exactement l'une sur l'autre, il n'y a pas de tiraillement des lambeaux, pas de tendance à la gangrène ni à l'ulcération ; le procédé n'expose pas aux graves hémorragies et la réunion s'opère bien.

H. R.

Infective phlebitis as a sequel to follicular tonsillitis, par J. TRUMBULL (*New York med. Record, p.* 146, 9 *août* 1890).

Femme de 44 ans atteinte de varices depuis la naissance de son premier enfant. Amygdalite folliculaire intense avec état général sérieux; huit jours plus tard, douleurs dans la cuisse gauche ; le lendemain, mal de tête, fièvre, vomissements, frissons, rougeur de la peau sur l'étendue d'une main au niveau du point douloureux ; le 11e jour, respiration anxieuse, râles sous-crépitants dans les poumons, langue sèche, vomissements ; la phlébite ne s'est pas étendue. Frissons les jours suivants, extension de la phlébite au genou et au pied, pouls fréquent, albumine dans l'urine. Incontinence d'urine le 16e jour, 44 respirations, pouls petit. Mort le 20e jour. P. DUFLOCQ.

Du salol dans l'amygdalite aigu et la pharyngite, par Jonathan WRIGHT (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 158, *août* 1890).

L'auteur a expérimenté l'emploi du salol dans 50 cas, qu'il range en 3 catégories : 1° ceux dans lesquels le traitement a été commencé le second jour du début de l'affection ou plus tôt ; 2° ceux dans lesquels il n'a été appliqué que le troisième jour. Enfin 3° ceux où il n'a été ordonné qu'après le troisième jour; se mettant ainsi à l'abri de l'objection qu'on pouvait lui faire de l'issue toujours favorable de l'amygdalite. Or, dans tous ces cas, le résultat a été satisfaisant. Le salol agit dans les angines aiguës quelle qu'en soit l'origine ; il diminue la douleur et la dysphagie très rapidement, et chose en apparence étrange, avant que les phénomènes objectifs aient eux-mêmes été atténués. Cette disparition de la douleur diminue d'autant la durée de l'affection. La température s'abaisse et, pour obtenir cette action rapide sur l'angine, il suffit de donner au malade 4 grammes de salol; une dose plus faible serait sans action. F. VERCHÈRE.

Amygdalotomie et hémorragie, par E. J. MOURE (*Rev. de laryng.*, 15 *décembre* 1890).

Moure relate une observation d'amygdalotomie pratiquée chez un enfant de 7 ans, pour de volumineuses amygdales. Pendant les huit jours précédents on avait fait un badigeonnage avec du jus de citron. Cinq heures après l'opé-

ration, l'enfant, endormi depuis deux heures, se réveille en vomissant une grande quantité de sang déglutie pendant le sommeil. Hémostase par l'eau glacée. Alimentation liquide. Au huitième jour, après ingestion d'aliments solides, nouvelle hémorragie abondante. L'enfant guérit. A. CARTAZ.

Quelques considérations cliniques sur le traitement de l'angine diphtéritique, par PETRINI (*Congrès de Berlin et broch. Paris*, 1890).

L'auteur procède de la façon suivante : lavages boriqués 5 0/0 toutes les heures, suivis d'une cautérisation avec : chloral 4, acide salicylique 2, glycérine 50; administration alternative de potions au sublimé, 2 millig. pour 150 gr. de véhicule; au chlorate de potasse, 2 gr. pour 150 gr. Avant chaque repas, 10 à 15 gouttes de perchlorure de fer suivant les cas, injection d'éther, sulfate de quinine en cas de fièvre, etc.

Sur 82 cas, Pétrini compte 51 guérisons, 31 morts dont 4 survenues dans la journée d'entrée à l'hôpital. Les 82 cas comprennent 54 diphtéries graves, 10 cas d'angine diphtéritique ordinaire, 18 cas de croup; ces 18 cas donnent à eux seuls 14 morts.

L'auteur étudie ensuite la prophylaxie de la diphtérie, isolement des malades et du personnel, désinfection fréquente des salles et vaporisations antiseptiques, etc. A. CARTAZ.

Les angines de la scarlatine, par H. BOURGES (*Thèse de Paris*, 1891).

On observe, dans la scarlatine, trois variétés d'angine : érythémateuses, pseudo-membraneuses et gangréneuses. La seconde forme peut être précoce ou tardive; suivant l'époque de son apparition, en effet, elle comporte un ensemble symptomatique et pronostique différent. L'angine pseudo-membraneuse précoce semble ne pas appartenir à la diphtérie, bien qu'on ne puisse se prononcer d'après les caractères objectifs. Certains cas sont douteux. La forme tardive est le plus souvent de nature diphtéritique.

Pour différencier ces variétés, il n'est qu'un moyen, l'examen bactériologique. Bourges a fait l'examen dans 30 cas : 7 érythémateuses ou pultacées, 19 pseudo-membraneuses précoces, 4 tardives; il n'a rencontré le bacille de Lœffler que dans 4 cas : 1 angine précoce, 3 tardives. Dans les autres cas, malgré toutes les apparences de la nature diphtéritique, le bacille spécifique faisait défaut. L'inflammation et la pseudo-membrane étaient dues dans ces cas à un microcoque en chaînette identique avec le streptocoque pyogène; c'est donc à ce streptocoque qu'il faut rapporter l'infection secondaire.

Pour éviter les complications secondaires dans la scarlatine, il est nécessaire de pratiquer l'antisepsie de la gorge et du nez par des lavages fréquents, dès le début de la maladie. D'autre part, l'examen bactériologique permettant seul de trancher la nature de l'angine, il sera indiqué d'isoler tout enfant atteint d'angine pseudo-membraneuse précoce ou tardive. A. CARTAZ.

Enfisema pulmonare da occlusione delle vie nasali, par V. CERVELLO (*La Riforma medica*, 21 *mai* 1890).

Sur deux chiens, Cervello a fait la suture des narines de façon à les obturer complètement; chez un autre, il les a obturées avec des tam-

pons d'ouate : dans les trois cas, à l'autopsie, lésions d'emphysème pulmonaire aigu portant surtout sur les bords des poumons, et petites ecchymoses sous-pleurales. Ces expériences doivent être rapprochées des faits dans lesquels on voit l'emphysème se développer, sans aucune autre cause appréciable, chez des sujets ayant eu quelque lésion produisant le rétrécissement ou l'oblitération des voies nasales.

GEORGES THIBIERGE.

Hiatus in anterior pillar of fauces, par CLAIBORNE (*N. York med. journ.*, *p.* 147, 8 *février* 1890).

Chez une demoiselle de 25 ans, l'auteur constate, en déprimant la langue et en se servant du laryngoscope, une amygdale surnuméraire, à gauche, à un quart de pouce de l'insertion du palato-pharyngien. Elle est partiellement engagée dans le tissu musculaire. Comme elle cause de la gêne, l'auteur l'ampute à l'aide d'un petit amygdalotome. Elle a la structure des amygdales vraies.

D'autre part, on constate dans le pilier antérieur droit un hiatus obliquement dirigé en bas et en dehors et long d'environ un sixième de pouce, tandis que le diamètre transversal varie avec les mouvements du voile.

L. GALLIARD.

On hyperostosis of the prœmaxillary portion of the nasal septum, par Harrison ALLEN (*Med. News*, *p.* 183, 23 *août* 1890).

Dans un groupe de cas bien définis, il existe à la partie inférieure du septum, en avant, entre le cartilage triangulaire et le plancher du nez, une disposition favorable à l'hyperostose : la tumeur peut se développer au point de créer une obstruction.

Cette tumeur peut être exposée en séparant la lèvre supérieure du maxillaire supérieur, au niveau de l'épine nasale : à l'aide d'un ciseau ou d'une scie à métacarpien on isole la tumeur osseuse, toujours très dure, capable d'émousser les meilleurs instruments. Puis on redresse le cartilage triangulaire ordinairement dévié. Les suites de l'opération sont bénignes, et le résultat curatif parfois complet, est toujours très appréciable.

L'auteur donne en détail les observations de 4 malades chez lesquels existait une hyperostose avec catarrhe chronique et autres accidents du côté des fosses nasales : l'opération pratiquée avec décollement de la lèvre supérieure a donné les meilleurs résultats. MAUBRAC.

Ueber einen seltenen Fall von Missbildung der Nase, nebst einigen Bemerkungen über die seitlichen Nasenspalten (Malformation du nez), par M. LANDOW (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, *XXX*, *p.* 544).

Il s'agit d'un enfant de 5 semaines, dont le côté droit du nez était normal, tandis que le côté gauche était remplacé par un appendice cylindroïde, en forme de trompe, de 15 millimètres de longueur sur 6 de diamètre, inséré entre l'angle interne de l'œil et la racine du nez. Cet appendice, revêtu d'un tégument normal, présentait à son extrémité libre un orifice par lequel on pénétrait dans un canal revêtu d'une muqueuse et qui traversait la trompe dans toute sa longueur. En outre, il y avait un coloboma de la paupière inférieure gauche au voisinage du point d'implantation de cette trompe. — L'appendice fut enlevé ; il offrait au microscope la structure des parties

molles du nez. — L'enfant fut revu 4 ans plus tard, il était bien portant et, au niveau du point d'implantation de l'appendice, présentait une petite cicatrice et un orifice fistuleux.

Landow considère cet appendice comme un vice de développement du bourgeon nasal externe qui ne s'est point soudé au bourgeon nasal interne ni au maxillaire supérieur gauche, sans doute par l'interposition d'une bride amniotique accidentelle : cette hypothèse explique également l'existence du coloboma de la paupière inférieure. DE SANTI.

Kyste osseux du cornet moyen renfermant du pus, par B. FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 498, 2 *juin* 1890).

Femme de vingt-sept ans, ayant depuis trois mois une obstruction de la narine droite due à une tumeur de volume croissant, saillante à l'extérieur ; d'une dureté osseuse au toucher, elle se laisse cependant déprimer quand on appuie fortement le doigt. La ponction exploratrice fournit un mélange de sérosité et de pus. Ouverture au ciseau du sommet antérieur de la tumeur : issue d'une grande quantité de pus qui laisse voir une vaste cavité osseuse tapissée intérieurement par une muqueuse mince et pâle. Rupture avec les pinces des parois osseuses qui se brisent comme la coque d'une amande. Fraenkel reconnaît alors que la tumeur était insérée sur le cornet moyen. Sur chaque face, la coque osseuse est recouverte par une membrane avec épithélium, mince en dedans, tandis qu'en dehors, elle renferme de nombreuses glandes et un épithélium variable suivant les régions correspondantes des fosses nasales.

Ce fait présente trois particularités : 1° le volume anormal de la tumeur ; 2° son développement aigu ; 3° sa suppuration qui est sans nul doute cause de la marche anormalement rapide du kyste. (*R. S. M.*, *XXIV*, 728 et *XXVI*, 738.) J. B.

Nasal reflexes , par A.-B. THRASHER (*Journ. of Americ. med. Assoc.* , 8 *novembre* 1890).

Intéressant article dans lequel l'auteur publie deux cas d'hypersécrétion salivaire guéris par le traitement d'une hypertrophie de la muqueuse nasale avec pharyngite. Il insiste sur la nécessité d'étudier, en dehors de la lésion nasale, les causes possibles de ces réflexes, maladies constitutionnelles, état nerveux, etc. A. CARTAZ.

Nasal intubation , par GOODWILLIE (*New York med. journ.* , *p.* 540 , 17 *mai* 1890).

L'auteur a fait usage de diverses substances rigides pour le tubage des fosses nasales; il a fini par adopter le caoutchouc mou et élastique. Le tube placé dans le méat inférieur, avec une extrémité antérieure évidée comme la narine, reste invisible.

Le tubage convient spécialement dans les cas d'hypertrophie des tissus vasculaires des fosses nasales, dans les déviations du cartilage de la cloison, dans les hémorragies nasales et dans les fractures des os du nez, enfin à la suite des opérations chirurgicales, telles qu'excision de la muqueuse altérée, extraction de polypes, etc. L. GALLIARD.

Du diagnostic de l'empyème latent de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur, par LICHTWITZ (*Bull. méd.*, 26 *octobre* 1890).

L... a constaté que l'éclairage électrique ne révèle pas d'une façon certaine l'intégrité de l'empyème du sinus maxillaire. On peut observer des défauts de transparence chez des sujets ayant le sinus absolument sain. Pour établir le diagnostic d'une façon sûre, il propose de ponctionner la paroi nasale au moyen d'un trocart et de laver le sinus. C'est là un mode de traitement, ce nous semble, et non un procédé de diagnostic.

L'auteur a pratiqué la ponction 39 fois chez 28 malades; il a constaté que fréquemment l'empyème était double, bien que la sécrétion nasale fût ou semblât unilatérale; aussi rejette-t-il ce signe comme n'ayant pas de valeur absolue. Cette méthode de ponction exploratrice a été préconisée, avant L..., par plusieurs auteurs, entre autres, Walther, Schech.

A. CARTAZ.

Ein Fall von Angioma ossificans in der Highmorshöhle (antre d'Highmore), par A. LUECKE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. XXX, p.* 83).

Une fille de 26 ans éprouvait, depuis un an, de violentes douleurs dans la région de la joue droite; gonflement notable du maxillaire supérieur qui, à la pression, donne la sensation de parchemin froissé; écoulement séro-muqueux par la narine droite; on diagnostique un kyste dermoïde. Une première tentative d'opération par l'arcade alvéolaire donne lieu à une hémorragie profuse. Luecke fait alors l'incision de la résection du maxillaire supérieur, met à nu la face antérieure de cet os et constate l'existence d'une perforation par laquelle faisait hernie une tumeur fongueuse ; cette tumeur, occupant le sinus maxillaire, est dégagée au ciseau et détachée à la gouge; hémorragie formidable, collapsus profond; il fallut envelopper l'opérée dans du coton et laisser sur la plaie un tamponnement énergique. Hémorragies à chaque nouveau pansement; enfin guérison avec une fistule qu'il fallut oblitérer par la suture. La tumeur, examinée par Recklinghausen, était un angiome ossifiant.

DE SANTI.

I. — Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut (nez), par F. HAHN (*Deut. med. Woch., n°* 23, *p.* 495, 1890).

II. — De la tuberculose des fosses nasales, par CAPART (*Bull. acad. de méd. Belgique IV, n°* 12, *p.* 785, 1890).

I. — Six observations recueillies à la clinique de Doutrelepont.

1° Homme de 40 ans. A 19 ans, catarrhe chronique du nez avec croûte. En 1886, narines bouchées par des croûtes et rétrécies par des cicatrices. Après ablation des croûtes, on trouve la fosse nasale gauche remplie par une tumeur grosse comme une noix, qui a perforé la cloison et touche l'autre narine. Ablation de la tumeur qui contient des cellules géantes et des bacilles.

2° Femme de 55 ans. Tumeur de la cloison à gauche avec perforation en arrière. A droite, petites productions granuleuses sur la cloison. Rien au poumon. Ablation à la curette tranchante, cautérisation au thermocautère, pansement à la pommade à l'acide pyrogallique à 10 0/0. Présence de bacilles dans la tumeur.

3° Femme de 22 ans. Tumeur de la cloison à droite.

4° Fille de 17 ans. Sur la cloison à droite et sur la face interne de l'aile

du nez, nodules gros comme des grains de mil. On ne trouve pas de cellules géantes ni de bacilles.

5° Fille de 17 ans. Granulations sur la cloison à droite avec bacilles.

6° Fille de 19 ans. Tumeurs grosses comme des pois sur la cloison à droite. Lésions pulmonaires. L. GALLIARD.

II. — Capart admet deux formes : ulcéreuse et bourgeonnante ou polypoïde ; il classe le lupus à part, bien que de nature tuberculeuse en raison de ses signes particuliers. C... a observé 12 cas de tuberculose de la forme ulcéreuse ; cette ulcération siège à l'entrée de la fosse nasale et serait, d'après lui, très douloureuse. (L'indolence est au contraire la règle.) Cette ulcération succéderait d'ordinaire à une infection causée par un mouchoir souillé de crachats.

La forme bourgeonnante a son siège presque exclusif sur la cloison à l'extrémité antérieure, envahissant peu à peu l'épaisseur de cette cloison, sans la perforer. Cette tumeur est indolore, gêne seulement pour respirer.

C... discute le diagnostic, publie trois de ses observations dont une parait douteuse et conseille pour ces tumeurs, au début, des injections interstitielles de solution d'acide phénique et glycérine à parties égales, à la dose de quelques gouttes et dans le cas de tumeur volumineuse, l'éradication complète, après incision médiane du nez, mise au jour des fosses nasales, cautérisation et pansement antiseptique. A. CARTAZ.

Uber einen Fall von Rhinoplastik... (Nouveau procédé de rhinoplastie), par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, 16 *et* 23 *juin* 1890).

Chez une fillette de quatre ans et demi, Wolff a pratiqué, dans l'espace de six semaines, quatre opérations d'anaplastie, l'une sur la lèvre supérieure, les trois autres sur le nez dont la moitié inférieure avait dû être détruite par le thermo-cautère pour enlever un angiome caverneux.

Il s'agissait de refaire successivement la pointe du nez, la partie inférieure de la cloison, les ailes du nez et les narines.

A cet effet, à la partie supérieure du nez, Wolff a taillé un lambeau cutané linguiforme, à sommet supérieur. Au niveau du sommet et des bords de ce lambeau, il a détaché à coups de ciseau, du reste du frontal et des apophyses nasales du maxillaire supérieur, les deux nasaux ainsi que la partie superficielle de l'épine nasale du frontal, formant ainsi un lambeau osseux adhérant par sa face antérieure au lambeau cutané. Puis, à partir de chacune des deux extrémités inférieures du lambeau linguiforme, il a pratiqué une incision horizontale à travers toute l'épaisseur du nez, de façon à diviser celui-ci en deux moitiés transversales. La moitié transversale inférieure fut attirée en bas avec le lambeau cutanéo-osseux qui lui adhérait. Les lèvres de la plaie cutanée furent suturées sur la moitié transversale supérieure au niveau des apophyses nasales du maxillaire supérieur, tandis que le sommet du lambeau cutanéo-osseux fut suturé à l'extrémité inférieure de cette ligne de sutures. De cette façon, le nez avait repris sa longueur normale et la moitié transversale inférieure reformait la pointe du nez manquante. Deux opérations ultérieures ont été consacrées à refaire les ailes et les narines. Nous renvoyons à l'original, accompagné de dessins, pour les détails techniques de ces opérations successives.

Ce qui caractérise le nouveau procédé rhinoplastique de Wolff c'est qu'il n'a pas rabattu son lambeau et qu'il a restauré une moitié du nez

en diminuant simplement la saillie normale du dos du nez à sa partie supérieure. J. B.

Die Untersuchung der hinteren Larynxwand (Examen de la paroi postérieure du larynx), par Gustav KILLIAN (*In-8°, Iena*, 1890).

Pour bien voir la paroi postérieure, il faut faire incliner la tête vers la poitrine ; le malade doit être debout, le cou dégagé des vêtements pour que l'inclinaison soit très prononcée. Le malade doit respirer largement ; Killian recommande de prendre un large miroir, de l'appliquer sur le voile, un peu plus loin qu'à l'ordinaire de la paroi postérieure du pharynx ; il faut de plus imprimer parfois à la tête quelques légers mouvements de rotation.

On peut dans ces conditions, qui ne sont pas réalisables chez tous les sujets, examiner toute la surface postérieure du larynx et de la trachée.

A. CARTAZ.

Surgery of the superior laryngeal nerve in spasmodic disease of the larynx, par J. CREVELING (*Journ of Amer. med. Assoc., p.* 533, 11 *octobre* 1890).

1° Une femme de 30 ans portait au côté droit du cou, une tumeur s'étendant jusqu'au milieu du cou et reposant contre la trachée : elle se plaignait de gêne respiratoire et de crises d'asthme. La muqueuse laryngée était œdématiée. La tumeur fut enlevée sans que les troubles respiratoires fussent atténués. Six mois après, la tumeur avait récidivé et s'étendait de l'angle du maxillaire au cartilage thyroïde. Durant l'extirpation de cette tumeur, on dut sectionner le laryngé supérieur. Lorsque la malade fut réveillée, la voix était très rauque, la déglutition, un peu gênée, mais la gêne respiratoire avait disparu. Huit mois plus tard, la guérison se maintenait : un peu de faiblesse dans tout l'appareil vocal existait seule du côté gauche.

2° La seconde observation est celle d'une femme de 17 ans qui depuis plusieurs mois se plaignait de contractions spasmodiques des muscles du cou déterminant des mouvements involontaires de la tête : la voix était normale, de ton uniforme, mais se fatiguait vite et devenait rauque ; en même temps la gorge était plus douloureuse, et les attaques, plus fréquentes. Il existait de la laryngite chronique, plus marquée du côté gauche.

Les traitements généraux et locaux ayant échoué, Creveling ayant mis à découvert le nerf laryngé supérieur, en pratiqua l'élongation. Lorsque la malade fut réveillée, la voix, comme dans le cas précédent, était rauque, mais les spasmes du pharynx et du larynx avaient entièrement disparu. La malade, opérée depuis quatre mois, reste guérie. MAUBRAC.

Angor pectoris et angoisse laryngée, par BRISSAUD (*Tribune médic.*, 20 *mars* 1890).

Il est actuellement démontré que l'angine de poitrine est une névrose douloureuse du pneumogastrique dont les manifestations peuvent n'avoir pour point de départ que les rameaux cardiaques seuls ou en même temps intéresser les rameaux laryngés et les rameaux bronchiques. Chez certains malades, il se produit une angoisse et une localisation des sensations angoissantes au larynx, tellement spéciale et différente des troubles ordinaires de l'angine de poitrine, que Brissaud la désigne sous le nom d'angoisse laryngée. Cette angoisse, dont l'auteur rapporte quelques observations, se présente sous forme d'aura, de sensation prémonitoire des crises, qui tantôt indolente, tantôt douloureuse, tantôt limitée

au larynx, tantôt intéressant les bronches, peut être accompagnée ou suivie de divers symptômes spasmodiques (œsophagisme, asthme), et de vertiges. Mais son symptôme fondamental est l'angoisse, « la crainte de la suffocation ». Quant à déterminer son origine, comme elle est liée à différentes manifestations cardio-laryngienne et œsophagienne, ce n'est pas tel ou tel plexus qu'il faut mettre en cause, mais le centre commun où vont aboutir tous les rameaux des plexus, étagés sur toute la hauteur du nerf vague et sous la dépendance de ce nerf. Or ce centre commun, c'est le noyau d'origine du tronc nerveux. OZENNE.

Doppelseitige Recurrenslähmung (Paralysie bilatérale des récurrents), par **FRÄNKEL** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 42, *p.* 935, 1890).

Homme de 36 ans, ayant eu, à l'âge de 30 ans, des hémoptysies et des signes de tuberculose aux sommets. En mars 1889, on trouve quelques bacilles dans les crachats. En septembre 1889, raucité subite de la voix ; on l'attribue à la paralysie du récurrent gauche, lequel serait comprimé par des ganglions tuberculeux du médiastin. Plus tard, parésie, puis paralysie du récurrent droit. Accès de toux, troubles de la déglutition, douleurs irradiées au bras droit.

Autopsie. Anévrisme aortique entre la carotide gauche et la sous-clavière ; la tumeur monte jusqu'à l'isthme du corps thyroïde. Le récurrent gauche est fixé au sac anévrysmal et transformé en un cordon gris, mince, atrophique. De même pour le nerf récurrent droit et le pneumo-gastrique du même côté. Un thrombus solide se trouve dans le tronc veineux brachio-céphalique gauche. L. GALLIARD.

Die Lähmungen der Kehlhopfmusculatur im Verlaufe der Tabes dorsualis (Les paralysies des muscles du larynx dans le cours de l'ataxie locomotrice), par **DREYFUSS** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 899, 29 *septembre* 1890).

Lorsqu'il existe des paralysies d'autres nerfs craniens, il est très légitime d'admettre un état d'excitation du noyau commun au pneumogastrique et à l'accessoire de Willis. L'augmentation de fréquence du pouls, si commune en cas de paralysies tabétiques des cordes vocales, est une autre preuve en faveur de la paralysie de pneumogastrique.

Il est des cas où il existe une parésie de la totalité du nerf accessoire. Le pronostic de ces paralysies tabétiques est très défavorable ; elles sont souvent un symptôme initial, pouvant précéder de plusieurs années les autres phénomènes tabétiques.

Contrairement à Fano et Krauss, sur 22 ataxiques qu'il a observés, Dreyfuss n'a constaté que chez 2 d'entre eux des troubles de mouvements des cordes vocales, tenant à une paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, ainsi que la suite l'a démontré. Chez 3 autres tabétiques, la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs était très avancée et compliquée de contracture secondaire des constricteurs. J. B.

General emphysema following ulceration of vocal cords, par **MURREY** (*Lancet*, *p.* 1161, 29 *novembre* 1890).

Chez un enfant de treize mois atteint de bronchopeumonie survint un emphysème sous-cutané qui d'abord limité au cou, se généralisa rapidement. A l'autopsie on trouva une ulcération au niveau de la corde vocale droite qui peut avoir été le point de passage de l'emphysème. L'enfant n'était ni

tuberculeux ni syphilitique, et la cause de l'ulcération reste inconnue. Deux faits d'accidents analogues auraient été observés, chez des enfants atteints de fièvre typhoïde par Wilks et Ziemssen, mais ici cette cause ne pouvait être incriminée. A. PLICQUE.

De la pachydermie du larynx et spécialement du pli interaryténoïdien, par CHIARI (*Revue de laryng.*, 1er *janvier* 1891).

Chiari a fait l'examen histologique de plusieurs cas de lésions présentées comme de la pachydermie et caractérisées par des infiltrations de l'espace interaryténoïdien. Dans tous ces cas, il a constaté l'hypertrophie du tissu conjonctif avec épithélium pavimenteux épais et papilles hypertrophiées ; il s'agit d'une véritable transformation épidermoïde avec aspect corné ; d'un épaississement de l'épithélium pavimenteux avec production de celui-ci sur des points qui en sont dépourvus. Cette transformation pachydermique siège surtout dans l'espace interaryténoïdien et elle peut être causée par diverses affections chroniques, alcoolisme, syphilis, tuberculose. A. CARTAZ.

Contribution à la pathologie et au traitement de la laryngite hypertrophique sous-glottique, par A. SOKOLOWSKI (*Arch. de laryngol.*, *III*, *n*° 5).

S... rapporte quatre cas de cette affection assez rare, caractérisés par un épaississement de la muqueuse sous-glottique formant des replis épais, durs, plus ou moins étendus, et amenant une sténose prononcée des voies aériennes qui a nécessité la trachéotomie dans trois des cas. Ce tissu, comme l'examen microscopique l'a montré, est formé d'une hyperplasie du tissu conjonctif avec éléments glandulaires et revêtement épithélial plus ou moins transformé ; il ressemble à du fibro-adénome.

Dans deux cas, la dilatation par les tubes de Schrœtter suffit pour rétablir la perméabilité (au moins temporaire) du conduit aérien ; dans les deux autres, S... dut recourir à la laryngotomie, qui permit l'excision des parties hypertrophiées et la dilatation ultérieure.

Il pense que ce procédé chirurgical devra être dorénavant choisi comme méthode de traitement de ces formes rebelles (et, ajouterai-je, sujettes à récidives). A. CARTAZ.

Case of hyoidean dislocation in pulmonary phtisis, par WOOD (*Lancet*, *vol. II p.* 232, 1890).

A la suite d'une forte quinte de toux, un tuberculeux sentit un os se déplacer dans son cou et fut pris d'étouffement violent. Wood, en l'examinant, constata que l'os hyoïde n'était plus situé sur la ligne médiane. Il existait sur le côté gauche du cou, dans la région du triangle sous-maxillaire, une saillie formée par l'os. En suivant avec le doigt sa grande corne, on constatait qu'elle s'était déplacée en arrière et à gauche, et que son extrémité se trouvait de niveau avec l'angle du maxillaire inférieur. Pour obtenir la réduction, Wood fixa solidement le cartilage thyroïde avec les doigts d'une main, puis tandis que le malade faisait un mouvement de déglutition, il pressa avec l'autre main sur l'os hyoïde en sens inverse de son déplacement. La réduction se fit avec un claquement très net, les étouffements disparurent. — Comme il existait une laryngite tuberculeuse très avancée, W... croit que la luxation a pu être facilitée par la dégénérescence des ligaments et par l'atonie musculaire. A.-F. PLICQUE.

On the treatment of laryngeal disease in tuberculosis, par CHARTERS SYMONDS (*Brit. med. J., p.* 611, *septembre* 1890).

Voici les conclusions de Symonds sur le traitement de la tuberculose du larynx, avec observations cliniques à l'appui :

Les lésions tuberculeuses de l'appareil laryngé doivent être détruites par un caustique, ou enlevées par érosion ou par curetage. L'acide lactique est l'agent qui paraît jusqu'ici réussir le mieux; il est supérieur au menthol et à l'iodoforme. Les méthodes opératoires endolaryngées suffisent, dans la grande majorité des cas, à l'ablation des néoplasmes ; il n'est pas nécessaire de recourir à la trachéotomie.

Butlin, dans la discussion, donne la préférence à l'iodoforme sur l'acide lactique, mais Clifford Beale se range à l'avis de Symonds. H. R.

L'érysipèle du pharynx et du larynx, par MASSEI (*Rev. de laryngol.*, 1er *octobre* 1890).

Souvent confondu avec l'œdème phlegmoneux, le phlegmon infectieux, l'érysipèle du larynx se caractérise : 1° par le boursouflement de la muqueuse, très marqué au début, naissant du tissu adénoïde de la base de la langue pour rejoindre l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques ; 2° par la facilité avec laquelle le boursouflement se porte d'un point à un autre; 3° par la fièvre du début, 40°, 41°, à marche irrégulière.

On peut distinguer deux formes, l'une où prédominent les accidents locaux, l'autre dans laquelle les phénomènes généraux, adynamie, pneumonie, etc., sont plus marqués.

Comme traitement, Massei conseille la glace, les pulvérisations au sublimé et la trachéotomie quand le danger l'exige. A. CARTAZ.

Ueber die Exstirpation des Larynx, par MELVILLE WASSERMANN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 474).

Ce travail, basé sur des recherches considérables, est certainement le plus complet qui ait paru jusqu'à ce jour sur l'extirpation du larynx. L'auteur, en effet, médecin assistant à la clinique chirurgicale de Heidelberg, a non seulement recueilli et contrôlé tous les faits antérieurement publiés de cette opération, mais encore a réuni, en s'adressant aux membres du congrès de chirurgie de Berlin, un grand nombre d'observations inédites et a recherché tous les opérés encore survivants pour juger des résultats définitifs. Il a pu réunir de la sorte un ensemble de 219 observations, dont 3 inédites sont rapportées *in extenso* et qu'il a groupées en de nombreux tableaux sur les données suivantes :

1° Distinction des extirpations totales et des extirpations partielles, abstraction faite des cas dans lesquels l'opération n'a pas intéressé le squelette du larynx;

2° Distinction des opérations, suivant leur cause, en opérations pour cancer du larynx et opérations pour d'autres motifs;

3° Distinction, au point de vue du résultat, en opérations antérieures à 1881 et opérations postérieures à cette date;

4° Répartition des résultats en six classes, suivant que : I, l'opéré est

mort dans les quinze premiers jours ; II, l'opéré est mort après la 6e semaine; III, il y a eu récidive; IV, l'opéré est mort d'une affection intercurrente; V, l'opéré a guéri, mais n'a pu être suivi que peu de temps ; VI, il y a eu guérison définitive. Wassermann considère comme guérisons définitives celles qui ne se sont pas démenties depuis trois ans au moins.

Le tableau suivant résume ses conclusions :

OPÉRATIONS ET CAUSES			I	II	III	IV	V	VI
			0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
Extirpation totale : 1° pour carcinome	Avant 1881.	41	22=53,65	3= 7,31	11=26,83	2= 4,87	»	3= 7,31
	Après — .	80	19=23,75	9=11,25	29=36,25	9=11,25	9=11,25	5= 6,25
	Total.	121	41=33,88	12= 9,92	40=33,05	11= 9,09	9= 7,44	8= 6,61
Extirpation totale : 2° pour d'autres affections.	Avant 1881.	7	1=14,28	2=28,57	2=28,57	»	»	2=28,57
	Après — .	12	5=41,66	»	2=16,66	2=16,66	3=25,00	»
	Total.	19	6=31,58	2=10,52	4=21,05	2=10,52	3=15,79	2=10,52
Extirpation partielle : 1° pour carcinome	Avant 1881.	10	3=30,00	1=10,00	5=50,00	»	1=10,00	»
	Après — .	45	13=28,88	8=17,77	9=20,00	3= 6,66	9=20,00	3= 6,66
	Total.	55	16=29,09	9=16,36	14=25,45	3= 5,45	10=18,18	3= 5,45
Extirpation partielle : 2° pour d'autres affections.	Avant 1881.	8	1=12,50	»	1=12,50	5=62,50	»	1=12,50
	Après — .	16	1= 6,25	1= 6,25	2=12,50	2=12,50	6=37,50	4=25,00
	Total.	24	2= 8,33	1= 4,17	3=12,50	7=29,17	6=25,00	5=20,83

Il faut ajouter que, sur 176 cas de carcinomes du larynx, 29 seulement appartiennent au sexe féminin et que le plus grand nombre de ces cancers se rencontre de 50 à 60 ans. — Sur 140 extirpations totales, il n'y a eu que 79 trachéotomies préalables; 8 fois la trachéotomie a été faite pendant l'opération; 12 fois il n'y a pas eu de trachéotomie, enfin 41 observations ne mentionnent pas la trachéotomie. — Les 8 guérisons définitives d'extirpation totale pour cancer du larynx appartiennent : 3 à Gussenbauer; 5 à Tiersch, v. Winiwarter, Fischer, Schede et v. Bergmann. — Comme les auteurs qui l'ont précédé, Wassermann démontre par sa statistique que le pronostic de l'extirpation partielle, abstraction faite des résultats fonctionnels qui sont incomparablement supérieurs, est meilleur que celui de l'extirpation totale, aussi bien quand il s'agit du cancer que des autres affections. DE SANTI.

REVUES GÉNÉRALES

LA TUBERCULOSE CUTANÉE

Par Georges THIBIERGE

Les renseignements bibliographiques donnés ci-dessous comprennent seulement les travaux parus de 1880 à 1890.

Consulter dans la *Revue* les articles suivants :

Arloing, XXXIII, 95; Arnozan, XXVII, 607; Avendaño, XXXIII, 97; Babès, XXVI, 131; Babinski, XXI, 459; Barthélémy, XXXIII, 94; M. Bender, XXVIII, 588; E. Besnier, XXII, 622, XXIII, 641, et XXVI, 203; Cartaz, XXXII, 277; Charrin, XXVI, 483; Cornil et Leloir, XXIV, 558; Czerny, XXVIII, 680; Demme, XXXI, 174; Doutrelepont, XXVI, 204 et 641 et XXXI, 603; von Düring, XXXIII, 574; Ehrlich, XXIX, 235; Eve, XXXII, 565; Finger, XXV, 60 et XXXII, 564; Graser, XXXII, 457; Hanot, XXXI, 173; Jeanselme, XXXIII, 94; Larroque, XVII, 191; Lehmann, XXVIII, 175; Leloir, XXVI, 202 et XXIX, 198; Lesser, XXXIII, 524; Letulle, XXVI, 132; Lindmann, XXIII, 557; Martell, XXXV, 256, Merklen, XXVI, 477; Morel-Lavallée, XXXIII, 96, 181, 524; Morrow, XXXIV, 190; Riehl, XXVII, 601; Sanguineti, XXXI, 173; Schwimmer, XXV, 257 et XXX, 232; Sevestre, XXXVI, 198 et 583; Steinthal, XXXIII, 181; Straus, XXVI, 477; Tardivel, XXXVI, 199; Tournier, XXXIV, 620; Tscherning, XXVI, 477; Tuffier, XXXIII, 97; Vallas, XXXI, 173; Verchère, XXXII, 169; Verneuil, XXXII, 169; Vidal, XXIII, 640; Wahl, XXVIII, 680; Nélaton, Revue sur la tuberculose chirurgicale, XXV, 350.

Voir, en outre, les travaux suivants :

Scrofuloderma verrucosum, par **Mc Call Anderson** (*Glasgow med. Journ., avril* 1889). — Note sur les rapports du bacille de la tuberculose et de la lèpre avec les surfaces tégumenteuses, par **Babès** (*C. R. Soc. de biol., p.* 235; 1883). — Lupus du nez consécutif a une fistule lacrymale, par **Badal** (*Journal de médec. de Bordeaux, p.* 250; 11 *janvier* 1891). — Développement d'un lupus chez un phtisique par auto-inoculation, par **Behrend** (*Société de médecine ber-*

linoise, 21 *janvier* 1891; IN *Semaine médic.*, *p.* 32; 28 *janvier* 1891). — LE LUPUS ET SON TRAITEMENT, par **E. Besnier** (*Ann. de Dermat.*, *p.* 687; 1880). — TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PEAU, par **le même** (*Ibid.*, *p.* 220; 1889). — LUPUS VACCINAL, par **le même** (*Ibid.*, *p.* 576; 1889). — TWO FORMS OF SKIN TUBERCULOSIS, par **Bowen** (*Boston med. Journ.*, *t. II*, *p.* 151; 1888). — TUBERCULES ANATOMIQUES CHEZ UN GARÇON BOUCHER, par **Braquehaye** (*Ann. policlinique, Bordeaux*, *p.* 57; *janvier* 1889). — TUBERCULOSE CUTANÉE, par **Brissaud** (*Bull. Soc. méd. hôp.*, *p.* 311; 1887). — TUBERCULOSE CUTANÉE, par **A. Broca** (*Gaz. hebd. de méd.*, *n°* 39; 1889). — TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS, par **O. Brugger** (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXIX*, *p.* 524). — TUBERCOLOSI CUTANEA VERRUCOSA E SIMPLICE, par **R. Campana** (*Memorie Accad. med. di Genova*, *p.* 75; 1888). — UEBER DEN BEFUND AUSGEDEHNTER TUBERCULOSER ULCERATION IN DER VULVA UND VAGINA, par **Chiari** (*Viertelj. für Dermat.*, *p.* 340; 1886). — TUBERCULES CUTANÉS MULTIPLES AVEC GOMME SCROFULO-TUBERCULEUSE CHEZ UN GARÇON DE 6 ANS 1/2, par **Comby** (*Ann. de Dermat.*, *p.* 456; 1889). — DE L'INOCULATION SECONDAIRE DE LA PEAU CONSÉCUTIVE A DES FOYERS TUBERCULEUX SOUS-CUTANÉS OU PROFONDS, par **Cronier** (*Thèse de Paris*, *n°* 309; 1888-1889). — EIN FALL VON INOCULATIONSTUBERCULOSE, par **Deneke** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 262; 1890). — DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE L'ANUS, par **Derville** (*Journ. sc. méd. Lille*, *p.* 361; 1890). — ETUDE SUR QUELQUES ULCÉRATIONS NON VÉNÉRIENNES DE LA VULVE ET DU VAGIN, par **E. Deschamps** (*Arch. de tocologie*, *p.* 19, 120, 221; 1885). — TUBERKELBACILLEN IM LUPUS, par **Doutrelepont** (*Monatschr. für prakt. Dermat.*, *p.* 161; 1883). — DU LUPUS VULGAIRE ÉTUDIÉ AU POINT DE VUE DE SON ÉTIOLOGIE, DE SA PATHOGÉNIE ET DE SON TRAITEMENT, par **Dubois-Havenith** (*Thèse d'agrégation à la Faculté de Bruxelles*, 1890). — DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE PRIMITIVE PAR INOCULATION DIRECTE, par **Dubreuilh et Auché** (*Arch. de médec. expériment.*, *p.* 601; 1890). — ULCÉRATION TUBERCULEUSE DU RECTUM ET DE L'ANUS, par **S. Duplay** (*Arch. génér. de médec.*, *t. II*, *p.* 82; 1882). — BEITRÆGE ZUR IMPFTUBERKULOSE BEIM MENSCHEN, par **Eiselsberg** (*Wiener med. Woch.*, *p.* 1730; 1887). — TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS, par **Elliot** (*Journ. of Amer. medic. Associat.*, *t. I*, *p.* 37; 1889). — INOCULATION DER TUBERKULOSE EINEM KINDE, par **Elsenberg** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35; 1886). — COMMUNICATION OF TUBERCULOSIS BY RITUAL CIRCUMCISION, par **Eve** (*Lancet*, *t. I*, *p.* 170; 1888). — TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES PAR LE NAPHTOL CAMPHRÉ, par **Fernet** (*Soc. de thérap.*, 27 *février* 1889). — TUBERCULOSE INFANTILE A MANIFESTATIONS MULTIPLES, par **Feulard** (*Ann. de Dermat.*, *p.* 445; 1889). — LUPUS UND TUBERCULOSE, par **Finger** (*Centralbl. für Bakter.*, *p.* 348, 380, 408; 1887). — TUBERCULOSE CUTANÉE GÉANTE A ÉVOLUTION SERPIGINEUSE, par **A. Fournier** (*Ann. de dermat.*, *p.* 195; 1889). — PRONOSTIC DE QUELQUES FORMES DE TUBERCULOSE CUTANÉE CHEZ LES ENFANTS, par **Gaucher** (*C. R. du Congrès internat. de Dermat. de Paris*, *p.* 544; 1889) — BEITRAG ZUR CASUISTIK DER IMPFTUBERCULOSE BEIM MENSCHEN, par **Gerber** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 322; 1889). — ON SURGICAL TUBERCULOSIS, par **Hall** (*New York med. Journ.*, *p.* 151; 7 *février* 1885). — PRÉSENTATION D'UN MALADE ATTEINT DE LYMPHANGITE GOMMEUSE, par **Hallopeau et Goupil** (*Bull. Soc. franç. de dermat.*, *p.* 173, 205; 1890). — SUR UNE LYMPHANGIECTASIE SUPPURATIVE D'ORIGINE TUBERCULEUSE, par **les mêmes** (*Annales de dermat. et syphiligr.*, *p.* 957; 1890). — ULCÈRE TUBERCULEUX DE L'AVANT-BRAS, par **Hanot** (*Bull. soc. méd. hôp.*, *p.* 81; 1884). — UEBER LUPUS UND HAUTTUBERKULOSIS, par **Hirschfeld** (*Inaug. Dissert. Bonn*, 1888). — EIN FALL VON TUBERKULÖSEM GESCHWÜR NACH DER ZIRKUMZISION, par **Hofmohl** (*Wiener medic. Presse*, *p.* 749; 1886). — INOCU-

LATION ACCIDENTELLE DE LA TUBERCULOSE A UNE FEMME, par **A. Holst** (*Semaine médic.*, *p.* 365 ; 1885). — ON THE RELATIONS OF LUPUS VULGARIS TO TUBERCULOSIS, par **J.-N. Hyde** (*Journ. of cutaneous dis.*, *p.* 324 *et* 359 ; 1885). — UEBER INOCULATIONLUPUS, par **Jadassohn** (*Arch. f. path. Anat. CXXI*, 2). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CONTAMINATIONS VACCINALES, par **Josserand** (*Thèse de Lyon*, 1883-1884). — ULCÉRATION TUBERCULEUSE DU GLAND, par **Julliard** (*Revue méd. Suisse romande*, *p.* 63 ; 1881). — TUBERKELBACILLEN IN EINEM SOGENANNTE LEICHENTUBERKEL, par **Karg** (*Centralbl. für Chir.*, *p.* 565; 1885). — UEBER TUBERKULÖSE ERKRANKUNG VON WUNDEN, par **Kraske** (*Ibid.*, *p.* 809; 1885). — TUBERCULOSE DER PENIS, par **le même** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 1074; 1888). — LUPUS ET TUBERCULOSES CUTANÉES, par **Lailler et Mathieu** (*Arch. de médec.*, t. I, *p.* 55 *et* 193 ; 1886). — SUR LA TUBERCULOSE PAR INOCULATION CUTANÉE CHEZ L'HOMME, par **Lefèvre** (*Thèse de Paris*, 1887-1888). — SUR LA NATURE DES VARIÉTÉS ATYPIQUES DU LUPUS VULGARIS, par **Leloir** (*C. R. du Congrès de la tuberculose*, *p.* 216 ; 1888). — TECHNIQUE EXPÉRIMENTALE DES INOCULATIONS DE TUBERCULOSE ATTÉNUÉE ET EN PARTICULIER DU LUPUS, par **le même** (*Idem*, *p.* 412). — LE LUPUS VULGAIRE ET LE SYSTÈME LYMPHATIQUE, par **le même** (*Études expériment. sur la tuberculose*, *t. II*, *p.* 549). — RECHERCHES SUR L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE ET LA NATURE DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX, par **le même** (*Arch. de physiol.*, *p.* 690 ; 1890). — KLINISCHER BEITRAG ZUR LEHRE VON TUBERCULÖSEN INFECTION, par **Leser** (*Fortschr. der Med.*, *p.* 501; 1887). — DIE IMPTUBERCULOSE DES PRÆPUTIUMS, par **Lœwenstein** (*Inaug. Dissertat. Königsberg*, 1889). — TUBERCULOSE CUTANÉE, par **Lyot et Gautier** (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 227 ; 1888). — ULCERAZIONE CUTANEA TUBERCOLARE PERIANALE, par **Marianelli** (*Giorn. ital. d. mal. veneree*, *p.* 66 ; 1888). — ÉTUDE CRITIQUE DES OPINIONS DIVERSES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA NATURE DU LUPUS, par **H. Martin** (*Ann. de dermat.*, *p.* 645 *et* 699; 1883). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INOCULATION TUBERCULEUSE CHEZ L'HOMME, par **Martin du Magny** (*Thèse de Paris*, 1885-1886). — EIN FALL VON IMPFTUBERKULOSE IN FOLGE RITUELLER CIRCUMCISION, par **Meyer** (*New Yorker med. Presse*, *juin* 1887). — SUR UN CAS D'ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE L'URÈTRE, CONSÉCUTIVE A UNE TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE, par **Michaut** (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 103; 1887). — ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE L'ANUS, par **Péan** (*Leçons de clinique*, *p.* 881; 1887). — DE LA PRÉSENCE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE DANS LES GOMMES SCROFULEUSES, par **C. Pellizzari** (*Ann. de dermat.*, *p.* 342; 1884). — UEBER DIE TUBERCULÖSEN HAUTKRANKHEITEN, par **Pick** (*Wiener mediz. Presse*, *p.* 708; 1889). — DU TUBERCULE ANATOMIQUE, par **Pollosson** (*Province méd.*, 9 *juillet* 1887). — ÉTUDE CLINIQUE SUR LES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE L'ANUS, par **G. Primet** (*Thèse de Paris*, *n°* 392, *août* 1880). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE PAR INOCULATION DIRECTE, par **P. Raymond** (*France méd.*, *t. II*, *p.* 1181, 1193, 1205 ; 1886). — TUBERCULE ANATOMIQUE RENFERMANT DES BACILLES, par **Reverdin et Mayer** (*Rev. médic. Suisse romande*, *p.* 447 ; 1888). — ZWEI FÆLLE VON TUBERCULOSE DER HAUT, par **Riehl** (*Wiener med. Woch.*, *p.* 1230 *et* 1261 ; 1881). — TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS ; EINE BISCHER NOCH NICHT BESCHRIEBENE FORM VON HAUTTUBERCULOSE, par **Riehl et Paltauf** (*Viertelj. f. Dermat.*, *p.* 19 ; 1886). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE; DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES, par **Ritzo** (*Thèse de Paris*, 1886-1887). — EIN FALL VON LOCALER IMPFTUBERCULOSE DER HAUT, par **Schmidt** (*Arbeiten aus der chir. Univ. Klinik zu Leipzig*, *n°* 33; 1888). — MITTHEILUNGEN ÜBER MIKROSKOPISCHE PRÆPARATE VON LUPUS ERYTHEMATOSUS, par **Schütz** (*Arch. f. Dermatol. und Syph.*, *p.* 39; 1890). — TUBERCULOSE DER HAUT UND SCHLEIMHÆUTE, par **E. Schwimmer** (*Viertelj. f. Der-*

mat., *p.* 37 ; 1887). — Tuberculosis of the skin, par **Shœmaker** (*Journ. of cut. dis.*, *p.* 91 *et* 128; 1890). — Contribution a l'étude de la tuberculose d'origine cutanée, par **Tardivel** (*Thèse de Paris*, 1889-1890). — Ulcération tuberculeuse de l'anus, tuberculose pulmonaire et intestinale, par **G. Thibierge** (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 100; 1883). — Sur deux cas d'inoculation tuberculeuse chez l'homme, par **Tscherning** (*C. R. du Congrès de la tuberculose, p.* 275; 1888). — Cas d'inoculation tuberculeuse probable dans une autopsie, par **Verneuil** (*Bull. Acad. de méd.*, *p.* 119 ; 1884). — Contribution a l'étude de la tuberculose cutanée, par **Vidal** (*Ann. de dermat.*, *p.* 457 ; 1882, *et p.* 28 ; 1883). — Ein Fall von Inoculationstuberculose nach Amputation des Unterarmes, par **Wahl** (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXIV*, *p.* 229). — Ein Fall von tuberculöser Ulceration der Vulva, Vagina und der Portio vaginalis Uteri, par **Zweigbaum** (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 443; 1888).

Voir page 692 les indications bibliographiques concernant le traitement du lupus par les injections de lymphe de Koch.

La réunion, sous une même rubrique nosographique, d'une série de manifestations pathologiques occupant le plus souvent la peau et les ganglions lymphatiques, évoluant lentement vers la suppuration, se rencontrant la plupart du temps chez des sujets jeunes, de race tuberculeuse, destinés eux-mêmes à devenir la proie de la tuberculose; en un mot, la création de la scrofule fut certes un progrès en médecine, et l'étude des scrofulides, faite avec tant de soin par Bazin et par Hardy, dégagea du chaos des dermatoses chroniques une série d'affections parfaitement déterminées.

Mais la compréhension de ce groupe fut, ainsi qu'il arrive souvent, poussée trop loin, ou du moins l'analyse clinique et diagnostique ne fut pas portée de suite à son maximum de précision, de sorte qu'on engloba dans le cadre des lésions scrofuleuses une série d'affections qui leur ressemblent tout en reconnaissant une cause absolument différente. On savait bien qu'il est des scrofules qui guérissent par l'iodure de potassium et d'autres qui lui résistent : on n'avait pas cherché dans une origine spéciale la cause des premières. Les recherches récentes, celles de l'école de Lyon, exposées dans les travaux de Horand, Chaboux, Augagneur, mais surtout celles du professeur Fournier, résumées dans un livre qui est le modèle du genre et qui restera comme un type parfait d'observation clinique et de critique scientifique, ont fait voir que la scrofule renfermait pour une part importante des manifestations appartenant à la syphilis héréditaire tardive.

Ainsi a commencé le démembrement de la scrofule.

En même temps que ces recherches se poursuivaient, des travaux importants établissaient avec une précision inconnue jusqu'alors la structure histologique du tubercule : on y relevait un élément dont on a exagéré l'importance et la valeur, mais dont la connaissance a joué un grand rôle dans la détermination de la nature tuberculeuse de certaines lésions, la cellule géante. Dès lors l'existence autonome de la scrofule a été fortement compromise : de ce que les lésions scrofuleuses renfermaient l'élément considéré comme pathognomonique de la tuberculose,

on devait nécessairement conclure qu'elles étaient réellement tuberculeuses. L'observation clinique n'avait-elle pas d'ailleurs montré depuis longtemps que les scrofuleux étaient des tuberculeux de l'avenir? Leur tuberculose évoluait, Bazin l'avait fait remarquer d'une façon un peu spéciale, mais elle n'en était pas moins bel et bien une tuberculose. Dans son remarquable article *Scrofule* du *Dictionnaire encyclopédique*, le professeur Grancher considérait le tubercule et le scrofulome comme appartenant à une même famille anatomique comprenant le scrofulome, le tubercule commun, le tubercule pneumonique et le tubercule fibreux. « Sans doute, disait-il, les limites de chaque variété de tubercule et des tubercules avec le scrofulome sont un peu artificielles et assez semblables à la ligne qui, sur la carte, sépare les communes d'un même canton, sans nuire à la continuité du sol. Cependant ces frontières sociales sont utiles et elles représentent quelque chose de réel : l'organisation, le budget, l'administration de celle-ci distincte de celle-là, sous une même loi. Il en est de même pour cette classe de productions pathologiques. »

Les travaux récents n'ont pu effacer complètement cette distinction et ces limites; les affections dites scrofuleuses conservent une marche spéciale, différente de celle des tuberculoses franches; ces travaux montrent cependant de plus en plus nettement la parenté de la scrofule et de la tuberculose.

La présence d'un même bacille, le même caractère d'inoculabilité dans l'un et l'autre cas (avec cette différence pourtant que, d'après les recherches d'Arloing, l'inoculation des lésions scrofuleuses réussit chez le cobaye et échoue chez le lapin) prouvent à l'évidence cette parenté.

Aussi, ce qui reste de la scrofule, après qu'on en a séparé les lésions hérédo-syphilitiques, a-t-il passé presque en entier au compte de la tuberculose, sauf toutefois des manifestations légères et superficielles que l'on s'accorde à considérer aujourd'hui comme des affections accidentelles de cause externe favorisées dans leur développement par le tempérament lymphatique.

Ce serait évidemment un mince avantage et un médiocre progrès d'avoir changé le nom de scrofule cutanée pour celui de tuberculose cutanée si l'on n'avait fait que distraire de la première quelques états qu'on lui attribuait à tort, et s'il suffisait d'expurger convenablement les anciennes descriptions de la scrofule cutanée pour avoir le tableau complet de la tuberculose cutanée.

Mais, en même temps que se faisait cette sélection, on reconnaissait à certaines lésions cutanées laissées jusqu'alors sans étiquette précise et sans diagnostic exact les caractères des lésions tuberculeuses : des ulcérations rangées auparavant sous la dénomination vague et peu satisfaisante d'ulcérations chroniques, d'ulcérations simples, recevaient une interprétation exacte et venaient se placer, à côté des scrofulides, dans le cadre de la tuberculose cutanée; des papillomes également considérés comme simples devenaient, de par leurs caractères histologiques, microbiologiques et de par l'expérimentation, des lésions tuberculeuses.

C'est à la description de ces lésions, à l'exposé des preuves diverses de la nature tuberculeuse de certaines scrofulides que sera consacrée la présente Revue.

I

Comparant l'évolution de la tuberculose à celle de la syphilis, on a parfois divisé les lésions tuberculeuses de la peau en lésions primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires. Cette distinction, suggérée et pleinement justifiée par les premières observations de tuberculose cutanée, n'a pas été confirmée par les faits ultérieurs. En effet, et c'est un des points que nous chercherons à mettre en relief au cours de cette Revue, la forme dermatologique revêtue par une lésion tuberculeuse ne peut faire préjuger si elle est antérieure ou postérieure à une tuberculose profonde. La tuberculose, comparable à la syphilis sous bien des rapports et en particulier au point de vue de l'anatomie pathologique générale, en diffère par ce grand caractère qu'elle est indéfiniment auto-inoculable; le chancre tuberculeux, c'est-à-dire la lésion cutanée développée au point d'inoculation, peut donc se produire chez un sujet déjà manifestement tuberculeux, et peut aussi revêtir des aspects très différents. C'est par l'examen général du malade seulement, et non par les caractères objectifs de sa dermopathie, qu'on peut reconnaître si l'infection viscérale s'est produite.

Aussi décrirons-nous les diverses formes de la tuberculose cutanée sans nous préoccuper de leurs rapports de coïncidence et de chronologie avec la tuberculose viscérale, et baserons-nous leurs divisions sur leur apparence extérieure. Nous aurons à envisager de la sorte :

1° La tuberculose ulcéreuse ;
2° La tuberculose verruqueuse ;
3° La tuberculose gommeuse (gommes scrofulo-tuberculeuses) ;
4° Le lupus.

Tuberculose ulcéreuse de la peau. — Presque toutes les formes de la tuberculose cutanée peuvent, à un moment donné, s'accompagner d'ulcérations résultant soit de la progression des lésions spécifiques vers la superficie de la peau, soit de la suppuration qui les accompagne et qui arrive à se faire jour à l'extérieur. Mais une forme mérite spécialement le nom d'ulcérations tuberculeuses ; car c'est la perte de substance de la peau qui en constitue la caractéristique principale.

Sa détermination exacte a été grandement favorisée par les travaux sur la tuberculose linguale : on sait que Ricord a le premier reconnu l'existence sur la langue d'ulcérations d'origine tuberculeuse : une observation recueillie dans son service par A. Fournier et consignée dans la thèse de Buzenet (1858) et la thèse de G. Julliard (1865), constituent les premiers documents de valeur sur cette question; Trélat, en 1870, exposa avec un rare talent le diagnostic différentiel de ces ulcérations, et fit connaître leur signe le plus caractéristique, la présence, à leur périphérie et dans leur voisinage, de petites granulations grises ou jaunâtres, véritable semis tuberculeux.

Cet élément de diagnostic, appliqué aux lésions cutanées, permit bientôt de reconnaître que certaines ulcérations développées chez des phtisiques étaient dues au développement des tubercules dans la peau, et l'examen histologique *post mortem* confirma ce diagnostic.

Cependant Vulpian avait en vain cherché pendant la vie ces granulations tuberculeuses dans une ulcération de la région mastoïdienne compliquée d'érysipèle dont l'examen rapporté par Coyne (*Arch. de physiol.*, 1re série, t. IV, p. 101) démontra la nature tuberculeuse; Malassez (Péan et Malassez, *Étude clinique sur les ulcérations anales*, Paris, 1872, p. 151), à l'examen histologique d'une ulcération anale, dont les caractères constatés par Trélat ne rappelaient pas ceux de la tuberculose linguale, trouva des lésions dont la nature tuberculeuse fut confirmée par Cornil.

Les présentations faites à la Société médicale des hôpitaux par Martineau, Hillairet, Féréol, des observations de Jarisch et Chiari, d'Esmarch, etc., les examens histologiques de Cornil et Babes, et enfin la thèse de Vallas, ont établi la nature de ces ulcérations en même temps que leurs caractères morphologiques et cliniques.

On pourrait presque reproduire, pour les ulcérations tuberculeuses de la peau, la description des ulcérations tuberculeuses de la langue.

Au moment où le malade vient consulter pour la première fois, l'ulcération déjà constituée depuis un certain temps présente une étendue variable ; en général elle est plus petite dans les régions où la peau adhère étroitement aux tissus sous-jacents (lèvres et anus), que dans celles où elle glisse facilement sur les aponévroses (membres). Dans un cas de P. Raymond, une ulcération développée à la partie antérieure du genou mesurait 8 centimètres de longueur sur 10 centimètres de largeur.

La forme générale est variable également : tantôt circulaire, tantôt sinueuse, souvent polycyclique : à l'anus, il y a parfois deux ulcérations voisines rappelant par leur ensemble une feuille découpée.

Mais si l'on examine de plus près les caractères des bords de l'ulcération, on y reconnaît des particularités caractéristiques : souvent sinueux, frangés, lorsque l'ulcération est en voie de progression, et que des granulations se sont détruites depuis peu, ils sont presque toujours taillés à pic, plus rarement se continuent en pente insensible avec le fond ; il est exceptionnel qu'ils soient décollés.

Le fond de l'ulcération est rarement recouvert de croûtes ; plus souvent on n'y trouve qu'une petite quantité de liquide séro-purulent; lorsqu'il est bien détergé, il se présente sous l'aspect d'une surface granuleuse, hérissée de saillies gris rougeâtre, ressemblant à des bourgeons charnus blafards, mais moins volumineux que celles qui recouvrent les ulcérations syphilitiques ; il est de plus parsemé de petites saillies jaunâtres, se rapprochant du volume d'un grain de mil et qui sont constituées par de véritables granulations tuberculeuses; ces granulations sont plus ou moins abondantes; elles recouvrent parfois presque toute la surface de l'ulcération, d'autres fois on en découvre à peine deux ou trois par une recherche minutieuse.

Ce n'est d'ailleurs pas sur l'ulcération seulement qu'on peut les voir, mais aussi à sa périphérie ; moins fréquent que dans la tuberculose linguale, ce signe possède, lorsqu'il existe, une valeur considérable ; on voit alors dans le derme, ordinairement rouge et livide, un semis de petites saillies d'apparence pustuleuse ; bientôt ces saillies s'ouvrent à la surface de la peau, et il en résulte une minime ulcération arrondie

qui s'étend excentriquement et se réunit en quelques jours à l'ulcération principale : cette évolution de la lésion reproduit exactement les phases du développement de l'ulcération primitive.

Les ulcérations tuberculeuses sont presque toujours douloureuses, quoi qu'en ait dit Duhring : s'il n'y a pas de douleur spontanée, la pression et les mouvements de la région atteinte la font naître, aussi les ulcérations situées au voisinage des orifices naturels (bouche, anus) sont-elles la cause de troubles fonctionnels assez pénibles, qu'on peut rapprocher de la douleur si vive provoquée par les ulcérations tuberculeuses du pharynx.

Généralement uniques dans une même région, les ulcérations tuberculeuses de la peau peuvent occuper plusieurs régions différentes chez un même sujet : une malade de Deschamps avait à la fois une ulcération de la vulve et une ulcération du dos de la main droite.

On peut à la rigueur rencontrer la tuberculose ulcéreuse sur tous les points du tégument, mais il en est pour lesquels elle présente une prédilection toute particulière. Vallas donne les chiffres suivants : région anale 13, lèvres 11, membre supérieur 5, face 2, vulve 2, verge 1, membre inférieur 1, qui expriment assez bien la fréquence comparée des diverses localisations, sauf pour la verge qui, en raison de conditions spéciales, est plus fréquemment atteinte que ne l'indique ce relevé.

Ces chiffres dénotent avec évidence la prédilection de la tuberculose ulcéreuse de la peau pour les orifices naturels.

La tuberculose cutanée des lèvres ou de l'anus, qui, pour le remarquer en passant, est souvent précédée d'une ulcération de la portion voisine de la muqueuse, se développe chez des sujets atteints depuis un temps plus ou moins long de tuberculose pulmonaire dans le premier cas et dans le second cas de tuberculose intestinale ou à la fois pulmonaire et intestinale; un cas douteux de tuberculose primitive de l'anus observé par D. Mollière ferait seul exception à cette règle.

De là à conclure que les ulcérations tuberculeuses de la lèvre et de l'anus sont dues à une auto-inoculation par les crachats ou par les matières intestinales bacillifères, il n'y a qu'un pas, qui doit être franchi. De même les ulcérations du gland dont Hillairet, Julliard, Michaut, Kraske, ont fait connaître des exemples, sont presque toujours consécutives à des lésions tuberculeuses des voies urinaires supérieures et celles des narines, bien étudiées par Cartaz, sont secondaires à des lésions des fosses nasales; les ulcérations de la vulve qui ont été signalées par Deschamps, Chiari, Zweigbaum, semblent succéder à une lésion tuberculeuse de l'utérus ou des trompes.

Mais, pour les ulcérations qui occupent la vulve, la face et les membres, doit-on admettre aussi qu'il s'agisse d'auto-inoculations produites par des crachats ou des produits de sécrétion renfermant des bacilles? La pathologie expérimentale a prouvé (expériences de Charrin et Karth) que, chez les animaux déjà tuberculeux, une ou plusieurs nouvelles inoculations tuberculeuses donnaient toujours des résultats positifs. D'autre part, l'observation clinique montre assez avec quelle facilité et quelle rapidité s'étendent et se généralisent les lésions tuberculeuses chez les sujets parvenus à la période cachectique de la phthisie; on a donc pu soutenir que le bacille de Koch trouvait dans la peau des tuber-

culeux déjà cachectiques des conditions de moindre résistance qui facilitaient sa prolifération et son travail de destruction, et d'après Vallas, les ulcérations tuberculeuses sont l'apanage exclusif des sujets déjà tuberculeux et parvenus aux dernières périodes de leur maladie.

Cette opinion est certainement excessive. Tout d'abord, la durée des ulcérations tuberculeuses, tout en étant plus courte que dans les autres formes de la tuberculose cutanée, se chiffre encore par semaines et souvent par mois; les malades, qui viennent consulter avec une ulcération cutanée étendue, n'étaient peut-être pas encore cachectiques quand la lésion s'est produite.

En outre, et le nombre en augmentera sans doute à mesure que la tuberculose cutanée mieux connue pourra être diagnostiquée plus tôt, il est quelques faits de tuberculose ulcéreuse des téguments développée antérieurement à toute autre manifestation tuberculeuse. Ainsi, dans le cas de Hanot, une ulcération tuberculeuse de l'avant-bras paraît avoir précédé le développement de la tuberculose pulmonaire.

Enfin, il existe toute une série de faits dans lesquels les ulcérations sont indiscutablement la manifestation initiale de la tuberculose, ce sont les cas de tuberculose consécutive à la circoncision. On sait que, dans certains pays, la circoncision des enfants israélites est encore suivie de la succion de la plaie opératoire que l'opérateur (mohel) pratique avec la bouche; la succion a été abolie en France à la suite de transmission de la syphilis par des opérateurs atteints de plaques muqueuses de la bouche; la tuberculose peut être transmise de même si le mohel est tuberculeux. Lindmann, Elsenberg, Lehmann, Eiselsberg, Weber, Eve, Lœwenstein en ont fait connaître des exemples.

Dans la plupart de ces observations, les lésions cutanées ont passé inaperçues, elles étaient peut-être cicatrisées lorsque le médecin a été consulté ou bien encore celui-ci ne leur a attaché qu'une médiocre importance et n'en a pas donné de description suffisamment précise. D'après quelques faits un peu plus explicites, on sait cependant que, au bout d'un temps variant entre huit à douze jours et cinq à six semaines, il se forme au niveau de la plaie opératoire de petits nodules qui s'ulcèrent; l'ulcère suppure peu, est plat, quelquefois induré, s'accroît par la périphérie par formation de nouveaux nodules qui s'ulcèrent à leur tour. L'infection générale se fait rapidement; en même temps que se développe l'ulcération préputiale, ou peu après, les ganglions inguinaux se tuméfient, la région devient tendue, rouge, puis fluctuante, et c'est généralement pour cette lésion qu'on amène l'enfant au médecin; ouverts spontanément, ces abcès laissent après eux des fistules persistantes ou des ulcérations anfractueuses; incisés par le chirurgien, ils donnent issue à du pus grumeleux dont l'inoculation au cobaye reproduit la tuberculose (Eve), et parfois alors, après un traitement régulier, ils peuvent guérir complètement. Lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, on voit bientôt apparaître des abcès froids multiples des membres, du tronc ou même de la tête, des adénopathies iliaques; des localisations viscérales de la tuberculose, soit dans le poumon, soit plus souvent dans les méninges, emportent les enfants lorsqu'ils ne succombent pas au marasme engendré par les suppurations multiples.

La marche rapide de la tuberculose consécutive à la circoncision tient

sans doute au jeune âge des sujets. En effet, Beneke rapporte l'observation d'un enfant de 7 mois qui brisa dans une chute le crachoir de sa mère phtisique et se fit plusieurs blessures à la face; ces plaies guérirent rapidement, mais elles se rouvrirent au bout de six semaines et se transformèrent en ulcérations torpides et suppurantes, de nombreux ganglions cervicaux s'abcédèrent, l'enfant succomba au bout de 5 mois 1/2 et on ne trouva à l'autopsie, en dehors des adénopathies cervicales, d'autres lésions viscérales que deux petits tubercules de la rate.

La généralisation de la tuberculose est beaucoup moins rapide et moins complète chez l'adulte : d'après Vallas, la tuberculose ulcéreuse de la peau ne retentit pas, dans la généralité des cas, sur les ganglions lymphatiques voisins.

Cependant l'infection ou la réinfection, suivant les cas, peut se traduire par le développement de lymphangites gommeuses, que nous étudierons dans le paragraphe suivant, puis des lésions viscérales peuvent se développer à leur tour.

Les lésions anatomiques des ulcérations tuberculeuses de la peau sont aujourd'hui bien connues : leur étude faite par Malassez a été complétée par J. Renaut (in thèse de Vallas) qui décrit deux formes principales : 1° une forme granulo-caséeuse, dans laquelle des nodules pour la plupart embryonnaires sont reliés entre eux par de larges nappes d'inflammation dégénérative internodulaire ; 2° une tuberculose folliculaire, dans laquelle on trouve des follicules tuberculeux ayant la structure décrite par Köster (cellule géante, cellules épithélioïdes, zone embryonnaire) isolés dans le derme, qui ne présente pour ainsi dire pas de lésions inflammatoires. Entre ces deux formes principales, il y a une série de formes intermédiaires. Dans tous les cas, les lésions ne sont pas localisées aux parties superficielles du derme comme dans la tuberculose verruqueuse, mais pénètrent plus profondément. Quant aux altérations de voisinage, soit dans le derme, soit dans l'épiderme, elles ne diffèrent pas de ce que l'on observe dans les diverses ulcérations chroniques, et nous n'avons pas à y insister.

L'existence de nodules tuberculeux est une preuve évidente de la nature de ces ulcérations : elle a été invoquée par Cornil et par Malassez pour distinguer les ulcères tuberculeux de la région anale de certains ulcères de tuberculeux dus à l'état de cachexie des malades; mais ces nodules sont parfois rares et disséminés en petit nombre à la surface des ulcérations, et on peut n'en pas rencontrer sur les préparations; c'est ce qui nous est arrivé dans l'examen d'une ulcération tuberculeuse typique de la région anale que nous avons présentée à la Société anatomique.

Actuellement, la présence des édifications nodulaires à cellules géantes ne peut cependant être considérée comme suffisante pour démontrer la nature tuberculose d'une lésion donnée; il faut le complément de preuves fourni par la présence du bacille de Koch et les résultats de l'expérimentation chez les animaux.

La recherche du bacille tuberculeux dans la sécrétion peu abondante qui recouvre la surface de l'ulcération, est presque toujours négative (Marianelli, Vallas), quelquefois cependant positive (Babès); mais on peut constater sa présence soit dans les bourgeons fongueux que le grattage permet de détacher pendant la vie de la surface ulcérée (Val-

las), soit sur les coupes même de l'ulcération (Babès, Hanot, Marianelli, etc.); il est à noter, et nous aurons d'ailleurs à faire encore plus expressément cette remarque à propos des autres formes de tuberculose cutanée, que les bacilles y sont presque toujours en petit nombre.

Quant à l'inoculation aux animaux de fragments des ulcérations, elle fournit des résultats positifs, du moins chez le cobaye (Deschamps, Vallas, Marianelli), car elle est restée sans succès chez les lapins inoculés par Vallas; nous aurons l'occasion de revenir sur cette différence de réceptivité chez ces deux espèces animales, lorsque nous rechercherons les preuves de la nature tuberculeuse du lupus.

Tuberculose verruqueuse de la peau. — Riehl a donné ce nom à une forme de tuberculose cutanée qu'il a décrite en 1885 et qu'il a l'année suivante étudiée de nouveau avec Paltauf.

Au point de vue clinique, elle se caractérise par la présence de placards dont les dimensions varient de celle d'un pois à celle d'une pièce de 5 francs, arrondis, circinés ou ovales, ou irréguliers et plus ou moins polycycliques lorsqu'ils sont formés par la réunion de plusieurs plaques initialement distinctes. Ces placards, dont l'aspect rappelle celui des verrues irritées et enflammées, se développent manifestement par progression excentrique : leur partie centrale, lorsqu'ils atteignent déjà une certaine étendue, est occupée par une cicatrice mince et superficielle, rosée ou blanche, recouverte de squames et d'un aspect criblé ou réticulé très remarquable. Autour de la cicatrice, une zone qui représente en réalité la période d'état, a tout l'aspect d'un papillome corné : saillante, irrégulière à sa surface qui est creusée de sillons plus ou moins profonds entremêlés de végétations verruqueuses, elle est dure et cornée ; les croûtes dures qui lui donnent cette apparence recouvrent une surface cutanée de coloration rouge livide, qu'on met à nu par l'application de cataplasmes : dans l'intervalle des saillies papillomateuses, des rhagades, des érosions laissent quelquefois suinter du sang ; en outre, des pustules sont souvent sous-jacentes aux croûtes, de sorte que la pression fait sourdre comme d'une écumoire des gouttelettes de pus ; cette zone papillomateuse fait une saillie d'autant plus prononcée qu'on se rapproche de la partie centrale, cela surtout lorsque celle-ci n'est pas encore devenue cicatricielle ; sur son bord externe au contraire, elle s'affaisse doucement, et se confond avec une zone dans laquelle on remarque des petites pustules très superficielles ou des croûtelles et des squames vestiges des pustules. Enfin le papillome est bordé par une zone érythémateuse dont la coloration s'efface par la pression, à peine saillante, au niveau de laquelle la peau est lisse, quelquefois brillante, avec des orifices glandulaires plus apparents qu'à l'état normal.

Dans certains cas, l'aspect papillomateux est peu prononcé ; on voit alors des croûtes dures, quelquefois épaisses et coniques, persistant longtemps, recouvrant une peau livide avec quelques abcès minuscules, et qui se reproduisent une fois arrachées.

Les premières phases de la lésion, que l'on peut suivre à la périphérie des grands placards ou mieux encore sur des petits éléments qui se développent souvent en des régions voisines, sont constituées par un nodule

dur et douloureux, ou par une papule qui se transforme bientôt en un minuscule abcès du volume d'un grain de mil ou de chènevis; l'abcès se rompt, se recouvre d'une croûte pendant qu'au voisinage se développent d'autres lésions analogues.

La tuberculose verruqueuse évolue lentement, les malades de Riehl et Paltauf en étaient atteints depuis un temps variant de 2 à 15 ans, un malade de Finge depuis 20 ans.

D'ailleurs ces lésions sont relativement peu douloureuses, ne donnent lieu à aucun prurit, à aucune douleur spontanée; elles sont seulement sensibles à la pression, quelquefois au simple contact. Aussi les malades les laissent-ils progresser et voit-on parfois des sujets chez lesquels les placards verruqueux ou les cicatrices qui leur succèdent occupent la presque totalité du dos de la main et des doigts.

Le siège de la tuberculose verruqueuse est, en effet, Riehl insiste sur ce point, presque toujours le dos des mains et des doigts ou les intervalles de ceux-ci : on peut même ajouter que l'espace compris entre le pouce et l'index et la racine de l'index sont une région de prédilection ; il est plus rare à la paume des mains ou dans les régions avoisinantes des poignets. Quelque ordinaire que soit cependant le siège de la tuberculose verruqueuse à la main, ce n'en est pas la localisation exclusive. Dans un cas de Lyot et Gautier, une surface d'apparence papillomateuse s'était développée au niveau du coude, vraisemblablement à la suite de l'ouverture d'une gomme scrofulo-tuberculeuse.

Pour ma part, j'ai observé un exemple incontestable de tuberculose verruqueuse sur le dos du pied, localisation relevée également par Brugger ; Morrow décrit sur la face d'un de ses malades des lésions très analogues à la tuberculose verruqueuse.

Il est incontestable que cette lésion occupe dans l'immense majorité des cas les régions découvertes.

D'après Riehl et Paltauf, elle se rencontre en général chez des sujets vigoureux et dans la force de l'âge, ce qui est peut-être exagéré, car on la voit quelquefois chez des tuberculeux parvenus à une période de cachexie assez prononcée ; nous reviendrons plus loin sur ce fait.

Ces mêmes auteurs font observer avec juste raison que la plupart des malades ont des occupations qui les mettent en contact avec les animaux domestiques ou les substances animales : sur 11 malades observés dans le service de Kaposi, ils ont compté 2 cuisinières, 5 bouchers, 2 cochers, 1 charron, 1 aubergiste.

La dénomination de tuberculose verruqueuse, proposée par Riehl et Paltauf, a fait fortune et mérite à tous égards d'être conservée; mais on ne peut méconnaître que ces auteurs avaient eu des précurseurs. Dans les descriptions des scrofulides, on trouve signalés presque tous les caractères de la tuberculose verruqueuse, et le professeur Hardy décrit spécialement une forme à laquelle il donne le nom de scrofulide verruqueuse et dont E. Vidal a repris l'étude en 1883 sous le nom de lupus scléreux.

En outre, on connaît depuis longtemps, pour avoir assez souvent l'occasion de l'observer dans notre profession, une lésion qui ne peut être séparée de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, nous voulons parler de l'affection à laquelle on donne le nom de tubercule anatomique.

Nous n'en donnerons pas ici la description, car nous n'aurions guère qu'à reproduire trait pour trait le tableau de la tuberculose verruqueuse de Riehl : une observation de Sanguineti publiée sous le nom de tubercule anatomique, bien que le sujet soit un frotteur de parquets, et dans laquelle il est fait mention de la présence des bacilles, prouve bien l'analogie de la tuberculose verruqueuse et du tubercule anatomique.

Pendant longtemps le tubercule anatomique fut considéré comme dû à une inoculation septique quelconque pendant une autopsie. Depuis quelques années, les doctrines se sont modifiées sur ce point. E. Vidal et Ernest Besnier avaient affirmé la nature tuberculeuse (dans le sens de lésion de même nature que les tubercules pulmonaires) du tubercule des anatomistes; Verneuil a cité le cas d'un étudiant en médecine qui, après avoir autopsié un enfant tuberculeux, avait vu se développer une lésion analogue au tubercule anatomique et avait présenté par la suite une série de manifestations tuberculeuses.

Le développement assez fréquent du tubercule anatomique chez des étudiants à la suite de piqûres dans des autopsies de phtisiques, l'apparition plusieurs fois constatée de la tuberculose pulmonaire chez des sujets antérieurement atteints de papillome des anatomistes, la longue évolution des lésions, leur auto-inoculation possible, tels étaient les arguments sur lesquels on se basait pour soutenir cette opinion. Les procédés actuels d'étude de la tuberculose ont apporté des arguments en sa faveur ; ainsi Mayor a constaté la présence du bacille de Koch dans un cas de papillome des anatomistes observé par Reverdin. Il est vrai que Pollosson l'a cherché en vain dans 4 cas de tubercules anatomiques ; les lésions remontaient à 5 ans au moins et les sujets qui en étaient porteurs n'offraient aucune trace de tuberculose; d'après cet auteur , on décrit sous le nom de tubercule anatomique, des affections différentes au point de vue anatomo-pathologique et il serait imprudent d'affirmer que les tubercules anatomiques sont toujours tuberculeux ou qu'ils ne le sont jamais. On pourrait objecter que les bacilles de Koch sont souvent très rares et difficiles à reconnaître dans des lésions cutanées manifestement tuberculeuses; dans la tuberculose verruqueuse en particulier, Dubreuilh et Auché n'ont trouvé que 3 bacilles sur une trentaine de coupes qu'ils ont examinées ; dans les cas négatifs, l'inoculation est un critérium indispensable pour déterminer en pareil cas s'il s'agit ou non de tuberculose bacillaire. Karg a rapporté un cas de tubercule anatomique suivi d'abcès tuberculeux périlymphangitiques dans les parois desquels il a trouvé des bacilles.

S'il faut encore apporter quelques réserves dans l'affirmation de la nature tuberculo-bacillaire de tous les tubercules anatomiques, on peut considérer aujourd'hui comme démontré que, de même que tous les papillomes cutanés et muqueux, ils relèvent d'une cause parasitaire.

Les conditions étiologiques de la tuberculose verruqueuse de Riehl, les professions dans lesquelles elle se rencontre, qui sont toutes ou presque toutes des professions exposant au contact d'animaux tuberculeux ou de chairs d'animaux tuberculeux, sont d'ailleurs un nouveau point d'analogie avec le tubercule des anatomistes, dont nous confondrons dès maintenant l'histoire avec celle de la tuberculose verruqueuse.

Le mode d'inoculation du virus tuberculeux paraît variable; le plus ordinairement il s'agit d'une altération très superficielle : une piqûre dans une autopsie, et souvent une simple écorchure souillée par des liquides tuberculeux, une morsure, comme dans un cas de Verchère, des grattages répétés sur une cicatrice de brûlure dans une observation de Brissaud, le tatouage dans le cas de Tournier sur lequel nous reviendrons plus loin.

Riehl avait cru, sur la foi de ses premières observations, que cette forme de tuberculose cutanée restait exclusivement locale ; il n'avait observé qu'une fois, à la suite d'une cautérisation, la tuméfaction des ganglions axillaires. Les observations ultérieures n'ont pas confirmé cette bénignité : la malade de Merklen portait à l'avant-bras une série de gommes lymphangitiques et ses poumons étaient manifestement tuberculeux : sur une pièce déposée par E. Besnier au musée de l'hôpital Saint-Louis, en 1881 (*Collect. génér.*, moulage n° 758), on voit une série de gommes coïncider avec une tuberculose verruqueuse limitée du dos de la main ; plusieurs des malades de Morel-Lavallée étaient des phtisiques, dont la lésion cutanée semblait avoir précédé d'un temps plus ou moins long les lésions pulmonaires.

Dans d'autres cas, la tuberculose de la peau s'était développée chez des sujets déjà tuberculeux du poumon; tels sont le cas de Brissaud et une observation de E. Besnier. L'observation de Tournier mérite une mention spéciale : il s'agit d'un phtisique qui se fit tatouer et sur les tatouages duquel se développèrent des lésions de tuberculose verruqueuse ; or l'encre de Chine employée pour le tatouage avait été délayée avec la propre salive du patient.

Au microscope, les lésions de la tuberculose verruqueuse consistent à la fois en un développement exagéré de la couche cornée de l'épiderme offrant parfois une grande ressemblance avec le tissu de l'épithélioma et analogue à celui qui constitue les papillomes en général, et en une infiltration de cellules embryonnaires dans le derme et dans la couche papillaire, qui prennent souvent un aspect ulcéreux sur lequel a insisté E. Vidal ; en certains points, les foyers d'infiltration se présentent sous la forme de nodosités constituées à leur périphérie par des cellules embryonnaires entourant un amas de cellules épithélioïdes au milieu desquelles on distingue parfois quelques cellules géantes et dont le centre est ordinairement en dégénérescence caséeuse ; c'est en un mot la structure des follicules tuberculeux typiques ; par places, au lieu du processus de caséification, on voit des petits foyers de suppuration situés au-dessous de l'épiderme, au niveau des prolongements interpapillaires, qui sont le premier stade des petits abcès miliaires. Les glandes sébacées et les follicules pileux sont détruits, les glandes sudoripares restent intactes. Pollosson, dans les tubercules anatomiques où il n'a pu trouver de bacilles de Koch, a constaté des lésions identiques à celles décrites par Riehl et Paltauf. En résumé, les lésions sont remarquables par leur siège dans les couches les plus superficielles du derme, tandis que dans la tuberculose ulcéreuse et dans le lupus elles occupent des parties plus profondes.

La présence du bacille de Koch a été constatée par Riehl et Paltauf en nombre variable suivant les cas : dans un fait, chaque coupe ren-

fermait de 5 à 20 bacilles ; nous avons déjà signalé leur rareté dans le fait de Dubreuilh et Auché. Sanguineti les a vus dans le corps muqueux et dans le derme. Ajoutons que Brissaud en a constaté la présence dans la sérosité qui s'exhalait à la surface des lésions débarrassées de leur revêtement corné.

Dans certains cas où les bacilles n'ont pu être trouvés au niveau même des lésions cutanées, leur présence a été constatée dans les gommes développées consécutivement à ces lésions : il en a été ainsi dans les cas de Merklen et de Karg.

L'inoculation aux cobayes a donné des résultats positifs dans un cas de Morel-Lavallée.

Dans les observations jusqu'ici connues, il n'est question que de la tuberculose verruqueuse produite par le bacille de Koch. Peut-être, dans les cas où ce bacille fait défaut, serait-il possible de constater la présence de quelque autre micro-organisme tuberculigène (zooglées, aspergillus fumigatus, etc.). On aurait peut-être ainsi l'explication de l'absence du bacille dans quelques faits de papillome des anatomistes. Je pose d'autant plus volontiers cette question que P. Marie m'a fait voir, en 1888, un malade atteint de tuberculose verruqueuse de la main (chez lequel l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué) en même temps que de tuberculose pulmonaire, et qui exerçait la profession de gaveur de pigeons ; or une communication de Dieulafoy, Chantemesse et Widal au Congrès de Berlin a fait connaître une forme lente — ce qui était le cas du malade de P. Marie— de tuberculose pulmonaire qui se rencontre chez les gaveurs de volailles et qui paraît être produite par l'aspergillus fumigatus.

Tuberculose gommeuse de la peau et de l'hypoderme. — C'est à Ernest Besnier et aux travaux qu'il a suscités que l'on doit les connaissances précises que nous possédons aujourd'hui sur les gommes tuberculeuses ou scrofulo-tuberculeuses. Cette expression qu'il a fait entrer dans le langage médical courant donne immédiatement l'idée de la lésion, qui ressemble aux gommes syphilitiques, tout en indiquant sa nature tuberculeuse et le terrain sur lequel elle se développe.

Nous limiterons notre étude aux gommes dermiques et hypodermiques, bien que cette lésion puisse se développer également dans les tissus sous-aponévrotiques.

Correspondant aux tubercules cutanés scrofuleux de Rayer, aux écrouelles cellulaires et à la scrofulide tuberculeuse inflammatoire de Bazin, les gommes scrofuleuses de la peau consistent, au début, dit E. Besnier (*Dictionnaire encyclop.* 4e série., t. IX, p. 680 et suivantes), en « de petites infiltrations ou nodosités tuberculeuses, correspondant à une tache rouge livide de la peau, indolentes, mais non indolores, et relativement aphlegmasiques. Plus ou moins rapidement, en quelques semaines ou en quelques mois, elles s'élèvent, s'étalent, s'étendent parfois en diverses directions, souvent selon une ligne à peu près droite, cheminent de la profondeur du derme vers sa superficie en se ramollissant sur un point ou sur plusieurs points à la fois, ou successivement ; puis se perforent au centre du foyer de régression, constituant, dès ce moment, des cavités, des culs-de-sac à fond plus large que l'orifice, à voûte constituée par la plus grande partie du derme altéré (décollements, clapiers, trajets

fistuleux), véritables cavernes dermiques... Les produits éliminés au dehors par les ouvertures spontanées ou artificielles sont du sang, une sérosité louche, jaunâtre, quelquefois filante, sanieuse, du pus ou des produits pyoïdes non encore suffisamment analysés.... Parfois une partie ou la totalité des voûtes et des ponts dermiques disparaît, laissant à la place de la lésion primitive des ulcérations plus ou moins étendues, à fond bourgeonnant, blafard, saignantes et se recouvrant incessamment et opiniâtrément de croûtes fines extraordinairement adhérentes et tenaces... Dans quelques cas exceptionnels, il se forme de vastes ulcérations superficielles de forme irrégulière qui appartiennent surtout à la scrofule cutanée serpigineuse, maligne ou galopante. Plus rarement... le derme et l'hypoderme infiltrés subissent une fonte caséeuse simultanée, constatable à l'œil nu, et l'on peut observer une scrofulo-tuberculose cutanée mutilante... Les gommes dermiques sont superficielles ou profondes, enchâssées alors dans le derme; isolées ou solitaires, agglomérées en groupes plus ou moins étendus, cohérentes ou confluentes ; pisiformes, tuberculoïdes, nodulaires, ecthymatiformes ; d'autres fois elles s'étendent en nappes plus ou moins étendues, fréquemment ovalaires, olivaires, cylindroïdes, linéaires, digitiformes. On peut les observer sur tous les points du corps, mais avec une prédilection particulière à la face, sur les parties latérales, le long de la branche montante et du bord inférieur du maxillaire inférieur, dans les régions sous-maxillaires, sur les parois du thorax, sur les membres, etc. Parfois elles coexistent avec des gommes hypodermiques, sous-aponévrotiques, les gommes ganglionnaires principalement, et donnent lieu alors à des altérations complexes. »

Les gommes scrofuleuses hypodermiques répondent aux abcès froids sous-cutanés, aux tubercules scrofuleux sous-cutanés. Occupant indifféremment toutes les régions du corps, se développant successivement et sans symétrie, elles sont en nombre ordinairement peu considérable ; leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix. Débutant d'une manière latente, sans aucune modification dans la coloration de la peau, elles forment une petite tumeur arrondie, dure, n'adhérant pas à la face profonde du derme, quelquefois roulant sous le doigt; elles restent longtemps à cet état, puis, lorsque le derme lui-même est envahi par les progrès de la néoformation, elles se développent plus rapidement, donnent lieu à des phénomènes de dermite et présentent alors la même marche que les gommes du derme lui-même. La consistance de la gomme, d'abord ferme, diminue avant qu'elle n'ait contracté d'adhérence avec la peau; puis celle-ci devient le siège de quelques varicosités et prend une teinte rouge livide au moment où la gomme se fixe à sa face profonde ; bientôt apparaît de la fluctuation, et une ponction pratiquée à ce moment fait sortir une faible quantité de liquide séreux, sanguinolent, sanieux, quelquefois filant, pyoïde. D'autres fois un véritable abcès se forme, et son ouverture donne issue à une quantité variable de pus, mais il faut pour cela que les phénomènes irritatifs soient particulièrement intenses. Nous ne poursuivrons pas plus loin l'étude des gommes hypodermiques : une fois qu'elles ont atteint le derme, elles offrent identiquement les caractères des gommes du derme, dont rien ne peut plus les distinguer.

Les gommes tuberculeuses de la peau peuvent être et sont souvent la

première manifestation de la tuberculose cutanée ; c'est dans ces cas qu'elles méritent vraiment le nom de gommes scrofulo-tuberculeuses : se développant ordinairement chez des sujets jeunes, à tempérament et à aspect lymphatiques, évoluant lentement, susceptibles d'une guérison réelle sans reproduction ultérieure et sans généralisation prochaine de la tuberculose, elles rentrent à proprement parler dans la description de ce qu'on appelait, il y a peu de temps encore, la scrofule, c'est-à-dire dans cette forme bâtarde et atténuée de la tuberculose qui est presque uniquement l'attribut des sujets jeunes.

D'autres fois les gommes se présentent comme une manifestation secondaire d'une tuberculose qui s'est déjà localisée sur le tégument externe sous une forme variable, verruqueuse ou ulcéreuse suivant les cas, et qui dans presque tous les faits connus occupait le doigt. C'est alors presque toujours sous la forme de lymphangite gommeuse, de traînées de gommes allongées suivant la direction de l'axe du membre, que se produisent les gommes, véritable farcin tuberculeux, suivant la pittoresque expression de Hanot.

L'un des exemples les plus remarquables de cette lymphangite gommeuse est fourni par l'observation déjà citée de Merklen : la malade qui en est l'objet présentait, en même temps qu'une plaque de tuberculose verruqueuse du dos de la main, une sorte de chapelet correspondant au trajet des lymphatiques de la région externe de l'avant-bras et du bras, formé par des nodosités dont le volume variait de celui d'un grain de mil à celui d'un noyau de cerise ; ces nodosités étaient réunies par des cordons durs formés évidemment par les vaisseaux lymphatiques chroniquement enflammés.

Hallopeau et Goupil ont rapporté une observation de lymphangite tuberculeuse gommeuse dans laquelle les ulcérations consécutives à l'ouverture des gommes donnaient issue à un liquide offrant tous les caractères de la lymphe : cette observation, dans laquelle la nature tuberculeuse des lésions a été démontrée d'une façon péremptoire par Jeanselme, a permis à Hallopeau, Lailler et E. Besnier de rattacher à la tuberculose gommeuse un certain nombre de faits qui avaient été décrits sous le nom de varices lymphatiques.

La lymphangite gommeuse entraîne avec elle la démonstration de sa nature tuberculeuse lorsqu'elle succède à une lésion cutanée reconnue pour telle : les résultats positifs de l'inoculation aux cobayes dans l'observation de Dubreuilh et Auché prouvent à l'évidence la justesse de cette induction clinique ; la présence des bacilles tuberculeux dans le fait de Merklen a d'ailleurs la même valeur.

La démonstration était moins claire et moins facile pour les cas de gommes primitives. E. Besnier, en se basant sur des arguments cliniques, était arrivé à la conviction qu'il s'agissait d'une manifestation tuberculeuse. Sous son inspiration, Brissaud a étudié avec Josias (*Revue de médecine*, novembre et décembre 1879, p. 817 et 889) la structure des gommes, et leur a trouvé la structure du tubercule telle qu'on la connaissait à cette époque : il déduit de ses recherches cette conclusion, que « les gommes scrofuleuses sont constituées par des tubercules du tissu cellulaire sous-cutané se présentant sous la forme de foyers tuberculeux proprement dits, au voisinage desquels sont agglomérées, en

quantité plus ou moins considérable, des granulations folliculeuses ». Les belles recherches du professeur Lannelongue sur les abcès froids sont bientôt venues confirmer, au point de vue anatomique, les examens histologiques de Brissaud.

Les recherches bactériologiques et expérimentales récentes ont apporté de nouvelles preuves à l'appui de la nature tuberculeuse de ces lésions.

C. Pellizzari, dans un cas de gommes tuberculeuses, est parvenu à constater la présence de trois bacilles sur plus de soixante préparations examinées à ce point de vue ; Letulle, sur trois cas où il rechercha les bacilles dans le pus et les fongosités, ne put parvenir qu'une fois à en rencontrer, et encore n'en trouva-t-il qu'un sur vingt préparations. Constatons donc une fois de plus la présence et en même temps la rareté des bacilles dans cette forme de tuberculose cutanée.

Quant à la preuve expérimentale, elle résulte suffisamment des recherches de Letulle : les cobayes inoculés avec le pus de trois gommes succombèrent au bout d'un temps variant entre 22 et 318 jours ; la longue durée de la survie des animaux dans la plupart de ces expériences concorde avec les résultats que nous exposerons à propos du lupus et montrent que les gommes sont l'indice d'une tuberculose atténuée, ce qu'indiquait déjà le petit nombre des bacilles qu'on y constate.

Lupus. — La compréhension du terme lupus a singulièrement varié depuis qu'il a été introduit dans la nomenclature dermatologique, et sans remonter plus haut que Bazin, on trouve dans le chapitre Lupus, de ses *Leçons sur les affections génériques de la peau* (Paris, 1862 et 1865, t. II, p. 342) la division du lupus en deux espèces le lupus scrofuleux et le lupus syphilitique. A l'heure actuelle, la syphilis n'est plus rangée parmi les causes du lupus, quoique certaines syphilides, des syphilides lupiformes comme on les a appelées, puissent simuler de très près le lupus ; le lupus scrofuleux de Bazin est devenu le lupus tout court : c'est le lupus vulgaire, le lupus de Willan, comme l'appelle encore Ernest Besnier, le lupus tuberculeux, comme on le désigne encore parce qu'il a pour lésion l'élément dermatologique auquel on donne, depuis Willan, le nom de tubercule (1). Mais en outre on désigne sous le nom de lupus érythémateux une affection que les anciens auteurs ne rangeaient pas dans la scrofule, décrite tout d'abord par Biett sous le nom d'érythème centrifuge, et à laquelle Cazenave a le premier donné la dénomination sous laquelle elle est connue aujourd'hui.

Nous ne reproduirons pas dans ses détails la description des deux formes de lupus, et nous renverrons pour leur étude symptomatique aux traités classiques des maladies de la peau et au remarquable article de Lailler et A. Mathieu.

La question, si longtemps discutée de la nature du lupus nous arrêtera

(1) Willan (*On practical synopsis of cutaneous diseases*, 8e édition. Londres 1836. p. 325.) définit ainsi les tubercules : « De petites tumeurs, dures, superficielles, circonscrites et permanentes ou suppurant partiellement » ; il faut ajouter à cette définition que leur développement se fait entièrement ou presque entièrement dans l'épaisseur du derme et non à sa surface, et, avec Leloir, qu'elles sont produites par un micro-organisme pathogène.

seule, nous aurons à exposer les preuves, aujourd'hui incontestables, de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire et à faire connaître les opinions qui ont cours sur la nature du lupus érythémateux : la différence symptomatique des deux lésions ne sera donc pas la seule raison qui nous obligera à les étudier séparément.

Quel que soit son siège, quelle que soit son étendue, quelles que soient la destinée ultérieure de ses éléments et leur disposition réciproque, le *lupus vulgaire* est constitué, au début, par un tubercule (au sens dermatologique du mot, nous le répétons encore), enchâssé dans le derme, se traduisant extérieurement par une tache brunâtre ou jaunâtre, dont la consistance est mollasse, de sorte qu'il se laisse facilement dilacérer par les aiguilles à scarification.

C'est cet élément dont il faut rechercher la nature et déterminer l'agent pathogène.

Mais, avant d'exposer les recherches histologiques et bactériologiques qui ont permis de résoudre d'une manière catégorique et indiscutable ce double problème, exposons une série de faits cliniques qui permettent déjà de lui donner une solution satisfaisante. Ce sera, d'ailleurs, suivre l'ordre chronologique de la démonstration.

Bazin, et c'est aussi l'opinion du professeur Hardy, faisait du lupus une manifestation de la scrofule; avec les données actuelles de la science sur la nature des manifestations scrofuleuses, il y a déjà, dans cette opinion de Bazin, une présomption en faveur de la nature tuberculeuse de la maladie; mais, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, la scrofule ne peut être tout entière passée au compte de la tuberculose : il faut faire le départ des manifestations vraiment scrofuleuses, c'est-à-dire, en langage moderne, tuberculeuses, et, pour cela, reprendre les faits par le détail et donner la preuve réelle de ses assertions.

L'observation clinique a permis à Ernest Besnier d'affirmer la nature tuberculeuse du lupus vulgaire à une époque où les études histologiques ne pouvaient encore être invoquées avec quelque certitude à l'appui de cette opinion. Les faits ultérieurement constatés ont, après quelques recherches en apparence contradictoires, fini par en donner une éclatante démonstration, à laquelle ont concouru successivement tous les modes de recherches créés et mis en œuvre dans ces dernières années.

Un premier fait paraît net, c'est la fréquence de la tuberculose dans la famille des lupiques, mais surtout chez les lupiques eux-mêmes, et cela non seulement chez ceux qui sont hospitalisés et par conséquent exposés particulièrement à la contagion, mais encore chez ceux qui vivent en ville dans de bonnes conditions d'hygiène générale. Renouard, sur 87 lupeux observés dans le service de E. Besnier, a constaté 10 fois des lésions de tuberculose chronique à évolution banale, 8 fois une forme de tuberculose à allures intermittentes et paroxystiques sur laquelle E. Besnier a appelé spécialement l'attention, et enfin 15 fois les signes stéthoscopiques à l'ensemble desquels Grancher a donné le nom de schème de congestion. En comprenant ces derniers cas, on arrive donc à une proportion de 33 tuberculeux sur 87 lupiques, soit 38 0/0; si on ne veut faire entrer en ligne de compte que les faits de lésions viscérales grossières, on arrive encore à une proportion de 18 sur 87,

soit 20 0/0 environ. Leloir, sur 17 lupeux, constate 10 fois la tuberculose pulmonaire, 1 fois une tumeur blanche du genou. Bender, sur 159 cas, trouve 53 fois (33,3 0/0) des antécédents héréditaires indubitables de tuberculose et 99 fois (62.3 0/0) des signes de tuberculose actuelle ou antérieure ; 14 fois seulement (8 0/0) il peut affirmer que le malade et sa famille sont absolument indemnes de tuberculose.

Cependant, pour nombre d'observateurs autorisés, la fréquence de la tuberculose consécutive au lupus est bien moindre que ne l'indique cette statistique, et c'est peut-être sur l'interprétation de cette fréquence que reposent encore aujourd'hui la plupart des opinions dissidentes et que l'accord est le moins près de se faire. Des faits de tuberculose méningée consécutive au lupus (Doutrelepont), des exemples de tuberculose pulmonaire développée chez des lupiques ont cependant été cités par divers auteurs, et récemment encore Tardivel, dans sa thèse, et Rendu, dans ses *Leçons de clinique médicale* (1890, t. I, p. 144), en faisaient connaître de nouveaux exemples. Pour ma part, j'ajouterai que, soit à la consultation, soit dans les salles des hôpitaux généraux, je n'ai jamais vu un sujet atteint de lupus venir consulter ou entrer à l'hôpital pour une maladie autre que la tuberculose, à localisation pulmonaire ou intestino-péritonéale.

Un argument en faveur de la nature tuberculeuse du lupus peut encore être tiré des faits malheureux dans lesquels on a vu des accidents rapides d'infection tuberculeuse (tuberculose miliaire aiguë du poumon, méningite tuberculeuse) suivre de près certaines interventions thérapeutiques locales dirigées contre lui : les médecins qui ont pratiqué sur une large échelle les scarifications ont observé des faits de ce genre, qui rappellent absolument les infections tuberculeuses suraiguës survenant à la suite du grattage des abcès froids tuberculeux. C'est après en avoir été témoin à plusieurs reprises que E. Besnier a eu recours, pour remplacer les scarifications, à l'ignipuncture, qui, en supprimant l'ouverture des vaisseaux, ne permet pas la contamination du liquide sanguin.

En dehors de ces faits, où elle offre une marche rapide, la tuberculose consécutive au lupus présente assez souvent une évolution spéciale que E. Besnier, Lailler et Quinquaud (*Thèse d'agrégation*, Paris 1882) ont fait connaître, évolution lente par poussées successives éloignées les unes des autres et dont la lenteur même peut faire méconnaître bien des cas.

En outre, le lupus s'accompagne avec une grande fréquence d'adénites symptomatiques, adénites que Hébra regardait à tort comme purement inflammatoires; l'observation clinique avait dès longtemps montré qu'elles pouvaient suppurer et présenter les caractères ordinaires de la tuberculose ganglionnaire. Leloir a récemment prouvé par l'expérimentation la nature tuberculeuse de ces adénopathies.

Depuis longtemps, E. Besnier fait remarquer dans son enseignement clinique les exemples de lésions cutanées présentant tous les caractères cliniques et évolutifs du lupus vulgaire que l'on voit succéder parfois à l'ouverture de foyers tuberculeux sous-cutanés (gommes, adénites, ostéites, arthrites), véritables lupus d'auto-inoculation spontanée, réalisant ainsi la preuve de la nature inoculable du lupus. Leloir a insisté également depuis sur la valeur de ces faits, dont Jeanselme, Crosnier,

Steinthal et Badal ont publié des exemples. La première malade à laquelle Koch fit des injections de lymphe était atteinte de lupus développé autour d'une fistule ostéopathique.

L'histologie a, dès 1874, apporté un argument de valeur à l'appui de la nature tuberculeuse du lupus. La présence des cellules géantes, sans pouvoir être considérée comme une preuve absolue de la nature tubercleuse d'une lésion, pouvait cependant la faire présumer fortement, lorsque Friedländer, Chandelux et Larroque constatèrent ces éléments dans les nodules du lupus ; les recherches ultérieures, celles de Vidal et Leloir entre autres, ont confirmé l'existence des cellules géantes. Il est difficile, disent Cornil et Babès (*Les Bactéries*, 3e édition, 1890, t. II, p. 445), de trouver des tubercules plus typiques et contenant plus de cellules géantes. Les follicules tuberculeux dont elles forment le centre occupent les parties profondes du derme et ne se rencontrent ni dans les papilles ni à la surface du derme.

Cet argument purement histologique n'était pas parvenu à convaincre tous les médecins ; il a été d'ailleurs rendu insuffisant par la découverte du bacille de Koch : une lésion ne pouvant plus être scientifiquement réputée tuberculeuse que si elle renferme l'agent pathogène, on se mit immédiatement à le rechercher dans le tissu du lupus. Les contradictions que présentaient les opinions basées uniquement sur la clinique et l'anatomie pathologique se retrouvent plus prononcées encore dans les résultats obtenus par les bactériologistes : Pfeiffer échoue d'abord dans ses recherches, puis arrive à un résultat positif. Doutrelepont, Demme, Schuchardt et Krause trouvent constamment des bacilles en nombre variable dans tous les cas (16 au total) dans lesquels ils les recherchent. Cornil et Leloir, sur 11 cas de lupus, ne trouvent de bacilles que dans un seul cas, et encore n'en voient-ils qu'un seul sur 12 coupes qu'ils examinent. Les perfectionnements apportés à la technique microbiologique facilitent la recherche des bacilles dans les tissus lupiques ; il n'en est pas moins vrai que ces microorganismes y sont toujours rares et d'une recherche souvent laborieuse ; plus rares à coup sûr que dans les formes précédentes de tuberculose cutanée ; c'est donc bien, comme l'a fait remarquer le professeur Cornil, une tuberculose atténuée. Koch, dans un cas de lupus, a obtenu une culture pure de bacille tuberculeux.

L'expérimentation, qui avait été délaissée après quelques tentatives infructueuses, est rentrée en scène dans l'étude nosologique du lupus, après ces travaux de recherche du bacille pathogène : c'est précisément à cause des contradictions que la microbiologie semblait se donner à elle-même qu'on a eu recours aux inoculations expérimentales, dont le manuel opératoire venait de se perfectionner. Ici encore les premiers travaux ont fourni des résultats variables : sans parler des expériences anciennes de Cohnheim, Auspitz, Kiener, Vidal, qui avaient donné des résultats négatifs, il suffit de rappeler que sur 14 cobayes inoculés par Cornil et Leloir, 5 seulement sont devenus tuberculeux. H. Martin a obtenu, dans deux expériences, des résultats positifs. Les expériences de Cornil et Leloir, en montrant que l'inoculation ne réussit pas constamment, qu'elle donne lieu chez les animaux inoculés à des tuberculoses d'une évolution particulièrement lente, confirment l'idée que le lupus est une tuberculose atténuée, idée née déjà de la rareté des ba-

cilles dans les tissus lupiques. Ces expériences semblaient confirmer les idées d'Arloing sur la différenciation expérimentale de la tuberculose et de la scrofule par l'innocuité de l'inoculation au lapin des produits scrofuleux. Leloir, en modifiant son manuel opératoire, a obtenu sur le lapin des résultats positifs avec des fragments de lupus : il a d'abord fait ses inoculations dans la chambre antérieure de l'œil, procédé qui a l'avantage de faire voir les résultats qui se montrent très vite, au bout de dix à vingt jours, et il a, comme Arnozan, réussi ses inoculations ; mais ces expériences échouent souvent parce que le microbe de la tuberculose est souvent mélangé d'organismes pyogènes; plus tard, il a réussi d'une façon constante chez le cobaye en recourant, au lieu des inoculations hypodermiques, aux inoculations intra-péritonéales préconisées par H. Martin ; un hasard d'expérimentation lui a appris que les résultats étaient encore plus satisfaisants en insérant les fragments de lupus dans l'hypoderme et en les enveloppant dans un lambeau d'épiploon : il a réussi d'une façon constante depuis qu'il emploie cette méthode.

De cet exposé découle la preuve absolue, cliniquement et scientifiquement parlant, de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire. L'opinion des dermatologistes est d'ailleurs faite sur ce point et les dissidences sont devenues de plus en plus rares, à mesure que les recherches se multipliaient et se complétaient ; elles ont cessé presque complètement aujourd'hui, Kaposi et Schwimmer seuls continuent de contester la valeur de ces arguments, et encore Schwimmer est-il disposé à admettre que les modifications produites dans les tissus lupiques par les injections de lymphe de Koch démontrent la nature tuberculeuse du lupus.

L'accord est beaucoup moins parfait pour le *lupus érythémateux*.

Se développant surtout sur les parties découvertes et affectant une prédilection toute particulière pour les joues et le nez, atteignant principalement les sujets qui vivent au grand air, le lupus érythémateux se caractérise par des taches arrondies, à bordure rouge ; leur centre est souvent couvert en partie par des squames sèches, dures et adhérentes et présente par places des cicatrices plus ou moins apparentes.

Son extension nettement centrifuge (érythème centrifuge de Biett) donne à première vue l'idée d'une affection parasitaire et, quelque opinion qu'on doive se faire de ses relations avec la tuberculose, on ne peut contester qu'elle doive rester dans le cadre des maladies de cause parasitaire.

Les sujets atteints de lupus érythémateux appartiennent à la grande famille scrofulo-tuberculeuse ou lymphatique ; ils succombent assez fréquemment à la tuberculose ; d'après les statistiques de Kaposi et Dubois-Havenith, la tuberculose serait même plus fréquente dans le lupus érythémateux que dans le lupus vulgaire.

Les arthropathies, l'albuminurie, qui sont loin d'être rares, offrent les caractères qu'elles revêtent habituellement dans les affections scrofulo-tuberculeuses. L'argument clinique le plus important à mettre en avant pour la démonstration de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est l'existence de formes mixtes dans lesquelles on voit se succéder ou coïncider et se mélanger en proportions variables les lésions du lupus.

vulgaire et celles du lupus érythémateux, d'où le nom de lupus érythémato-tuberculeux donné à cette forme clinique. Les faits de cet ordre ont été invoqués par les diverses écoles dermatologiques pour étayer l'assimilation des deux formes de lupus et pour attribuer à toutes deux une seule et même pathogénie et une seule et même nature, cette pathogénie et cette nature commune n'ayant pas toujours été identiques pour toutes les écoles.

E. Vidal et, après lui, Leloir ont donné une autre interprétation de ces faits : en pareil cas, il ne s'agit pas d'une forme mixte du lupus, mais d'un lupus vulgaire étendu en nappe, prenant l'apparence objective du lupus érythémateux, et la preuve en est que, loin d'être ferme et résistante comme dans ce dernier la nappe érythémateuse présente la mollesse propre au lupus vulgaire ; il n'est donc pas possible de tabler sur ces faits pour admettre l'alliance des deux formes de lupus et pour les assimiler, au point de vue de leur nature. Reste à savoir si tous les faits de lupus dits érythémato-tuberculeux doivent recevoir cette interprétation.

Anatomiquement, le lupus érythémateux est constitué par une infiltration de cellules embryonnaires qui forment des amas le long des vaisseaux, infiltration semblable à celle que l'on rencontre dans les processus infectieux. On n'y a trouvé ni cellules épithéliales ni cellules géantes ; mais ces éléments ne sont pas indispensables pour établir la nature tuberculeuse d'une lésion anatomique : les cirrhoses viscérales tuberculeuses n'en présentent aucune trace : on peut parfaitement admettre dans la tuberculose cutanée une diversité d'altérations histologiques aussi grande que dans la tuberculose viscérale. Leloir établit cependant une distinction formelle entre les lésions du lupus vulgaire et celles du lupus érythémateux, il ne leur trouve aucune analogie et fait remarquer que l'infiltration de cellules embryonnaires qui a été notée autour des glandes cutanées tient à ce que, à ce niveau, il existe un lacis vasculaire plus riche.

L'étude bactériologique du lupus érythématenx n'a, jusqu'ici, jamais permis d'y rencontrer le bacille tuberculeux ; quant à l'expérimentation sur les animaux, elle a presque toujours — quelques auteurs disent toujours — abouti à un résultat négatif. Dans leur mémoire de 1884, Cornil et Leloir citent une expérience faite sur un cobaye auquel ils avaient inoculé un fragment de lupus érythémateux et qui succomba à une tuberculose généralisée ; mais la lésion à laquelle le matériel d'inoculation avait été emprunté n'était pas un lupus érythémateux pur et contenait çà et là quelques nodules tuberculeux ; Leloir pense aujourd'hui qu'il s'agissait d'un lupus vulgaire simulant le lupus érythémateux, et proteste contre toute interprétation qui ferait de cette expérience un argument à l'appui de la nature tuberculeuse du lupus de Cazenave.

Que conclure de cette discussion ? A notre avis, la question ne peut être tranchée d'une façon absolue, les arguments opposés à la nature tuberculeuse du lupus érythémateux ne sont pas suffisants pour entraîner définitivement la conviction, alors que la fréquence des manifestations tuberculeuses ganglionnaires, pulmonaires et autres plaide en faveur de cette origine. Faut-il admettre avec Brocq que l'on décrit actuellement sous le nom de lupus érythémateux des lésions très différentes,

dont les unes appartiennent à la tuberculose alors que les autres doivent en être distraites ? De nouvelles recherches doivent être entreprises encore sur le sujet, et il est profondément regrettable que la discussion qui devait avoir lieu sur ce sujet au congrès de Berlin ait été supprimée faute de temps : elle aurait peut-être fourni des documents susceptibles de faire la lumière sur cette question controversée.

Les diverses formes cliniques que nous venons de décrire ne sont sans doute pas les seules que l'on puisse observer dans la tuberculose cutanée : le chapitre des formes que l'on peut appeler aujourd'hui les formes anormales, qui deviendront peut-être demain des formes parfaitement définies, est ouvert sans qu'on puisse prévoir jusqu'où il s'étendra.

Parmi les faits qui ne rentrent pas absolument dans les descriptions précédentes, il en est quelques-uns qui méritent ici une mention spéciale : nous les signalons comme des observations d'attente.

On sait que Laennec, plus de vingt ans avant de mourir phtisique, vit apparaître, le lendemain d'une autopsie de tuberculeux dans laquelle il s'était éraflé le doigt avec une scie, une lésion que Verneuil a rapprochée du tubercule anatomique. D'après Laennec (*Traité de l'auscultation*, 4e édition, t. II, p. 180) le lendemain de l'accident, « il se forma peu à peu, presque sans douleur, une petite tumeur obronde qui, au bout de huit jours, avait acquis la grosseur d'un gros noyau de cerise et paraissait située dans l'épaisseur de la peau. A cette époque, l'épiderme se fendit sur la tumeur, au lieu même où avait passé la scie et laissa apercevoir un petit corps jaunâtre, ferme, et tout à fait semblable à un tubercule jaune cru. La cicatrice se fit promptement après une cautérisation ». Peut-être s'agissait-il là d'un tubercule dermique vrai.

A. Fournier a rapporté sous le nom de tuberculose cutanée géante à évolution serpigineuse l'histoire d'une enfant de 10 ans atteinte de tuberculose pulmonaire dont le dos était presque entièrement couvert de petites tumeurs d'un rouge foncé, ramollies pour la plupart, quelques-unes ulcérées, ressemblant par places à des tumeurs de mycosis fongoïde : il s'agissait d'une forme anormale de gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, qui mérite une place à part dans la description de la tuberculose cutanée.

Certaines lésions ulcéro-crustacées débutant par des pustules qui ressemblent à celles de l'impétigo, mais en diffèrent par leur profondeur et par la présence d'une ulcération, devraient prendre place dans la description de la tuberculose cutanée, à en croire Gaucher qui a reproduit la tuberculose par l'inoculation aux animaux du contenu de ces pustules. Ne seraient-ce pas plutôt des pustules banales d'ecthyma infectées secondairement par le bacille de la tuberculose ? Il ne faut, en effet, pas oublier que le bacille de la tuberculose peut, comme tant d'autres organismes pathogènes, se greffer sur des lésions banales des téguments et que sa présence à la surface des lésions ouvertes n'est pas une démonstration suffisante de leur nature tuberculeuse.

II

Dans les paragraphes précédents, nous avons décrit comme autant de formes spéciales les divers aspects revêtus par les lésions tuberculeuses de la peau. Il ne faudrait pas en conclure que ces diverses formes sont absolument autonomes et isolées et ne sont pas susceptibles de se confondre. Tout au contraire, nous avons eu déjà à relever l'association, chez un même sujet et sur un même membre en des points voisins, de la tuberculose ulcéreuse ou verruqueuse et des gommes tuberculeuses.

La confusion peut être plus grande encore : une seule et même lésion peut présenter et présente souvent des aspects différents en ses divers points, de sorte qu'on ne sait si on doit la ranger dans l'un ou l'autre des cadres précédents; elle peut aussi se transformer au bout d'un temps plus ou moins long, de sorte qu'on se trouve en présence de formes de passage, tenant des caractères de plusieurs formes cliniques différentes. Ainsi l'association de la tuberculose ulcéreuse et de la tuberculose verruqueuse n'est pas rare, malgré la tendance ordinaire de cette dernière à se cicatriser partiellement dans sa zone centrale; le lupus peut aussi présenter par places des caractères qui se rapprochent de ceux de la tuberculose ulcéreuse ou de la tuberculose verruqueuse.

Il y a en un mot une foule de combinaisons entre les diverses formes cliniques et toute une série de cas limites qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Néanmoins, les diverses formes de la tuberculose cutanée présenten un certain nombre de caractères spéciaux que nous allons faire ressortir rapidement.

Tout d'abord sous le rapport de l'époque de leur apparition : le lupus vulgaire par exemple, débute presque toujours dans l'enfance ou l'adolescence, de même que les gommes scrofulo-tuberculeuses primitives; la tuberculose verruqueuse s'y voit au contraire rarement et s'observe plutôt dans l'âge adulte ainsi que la tuberculose ulcéreuse, et le lupus érythémateux est exceptionnel avant 16 ou 17 ans et débute surtout aux environs de 30 ans.

La chronologie des lésions cutanées par rapport aux localisations viscérales varie également suivant les formes. Ainsi le lupus vulgaire est pour ainsi dire toujours la première manifestation de la tuberculose, sauf les faits rares de lupus d'auto-inoculation à la suite de lésions sous-cutanées; il n'existe, sauf un cas de Behrend, pas d'exemple de lupus survenus chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire. La tuberculose verruqueuse est presque toujours aussi une manifestation initiale de la tuberculose, bien que dans quelques cas rares elle soit produite par auto-inoculation chez un sujet manifestement tuberculeux, phtisique même; de même, la tuberculose gommeuse précède ordinairement les autres localisations tuberculeuses, mais elle peut aussi être consécutive à une autre tuberculose et en particulier à une tuberculose cutanée de forme verruqueuse ou ulcéreuse ; par contre, les ulcérations tuberculeuses sont, pour le plus grand nombre des cas, des lésions secondaires, résultat d'auto-inoculations chez un sujet plus ou

moins cachectique dont l'état de cachexie lui-même favorise leur formation et leur extension.

La forme clinique revêtue par les lésions cutanées de la tuberculose semble dépendre du nombre des bacilles inoculés : ainsi dans la tuberculose par auto-inoculation les crachats riches en bacilles déterminent des lésions ulcéreuses, tandis que le pus des ostéopathies et des adénopathies dans lequel les bacilles sont rares donne lieu à une tuberculose atténuée, également rare en bacilles.

Sous le rapport de la gravité de leur pronostic et de la rapidité des lésions viscérales consécutives, les diverses formes de la tuberculose cutanée doivent être rangées dans un ordre inverse du précédent : le lupus ne s'accompagne de tuberculose que tardivement, et celle-ci offre assez souvent une marche intermittente et paroxystique particulière ; la tuberculose verruqueuse donne souvent lieu à des formes lentes de tuberculose, dont l'évolution peut être également assez éloignée de son début, sans cependant tarder autant que dans le lupus ; dans les gommes de la peau, la tuberculose viscérale est quelquefois lente, d'autres fois rapide ; assez souvent cependant elle évolue d'une manière aiguë et sous la forme généralisée miliaire, comme il arrive fréquemment chez les jeunes sujets atteints de manifestations scrofulo-tuberculeuses ; enfin celle qui accompagne la tuberculose ulcéreuse de la peau ou lui succède dans les cas rares où elle est primitive évolue d'une façon souvent rapide, et cette rapidité atteint son maximum chez les jeunes enfants contagionnés dans l'opération de la circoncision.

A côté de ces caractères plus spécialement propres à chacune des formes cliniques de la tuberculose cutanée, il en est d'autres qui leur sont communs et qui relèvent des conditions étiologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques de cette affection.

Malgré quelques différences légères, la structure des lésions est, somme toute, identique dans ces diverses formes, ou, du moins, ne présente pas d'autres variations que celles que l'on rencontre dans la tuberculose des différents viscères : les follicules tuberculeux sont plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux, plus ou moins complets au point de vue histologique, mais ce sont toujours des follicules tuberculeux, ce caractère commun a d'ailleurs été, pour beaucoup d'auteurs, le point de départ de la doctrine uniciste de la tuberculose cutanée ; quant à la sclérose dermique interfolliculaire et aux altérations épidermiques plus ou moins prononcées, quelque importance qu'elles présentent dans la constitution des formes cliniques, elles n'offrent, au point de vue anatomo-pathologique, qu'une valeur très accessoire.

L'examen microscopique des lésions de la tuberculose cutanée révèle un autre caractère plus spécial à celle-ci, c'est la rareté relative des bacilles tuberculeux : qu'il s'agisse du lupus, où leur présence a été contestée à cause de leur petit nombre, qu'il s'agisse de la tuberculose ulcéreuse ou de la tuberculose verruqueuse, où, malgré une abondance plus considérable, leur recherche est souvent encore laborieuse, on ne peut contester que les tubercules cutanés en renferment une quantité de beaucoup inférieure à celle contenue dans les tubercules des viscères. En présence de ce fait, on comprend que les lésions tuberculeuses de la peau soient douées de propriétés infectieuses peu prononcées, que leur

inoculation aux animaux détermine des tuberculoses à marche lente. Peut-être cependant l'évolution de cette tuberculose expérimentale tient-elle à une atténuation dans la virulence des bacilles autant qu'à leur rareté.

En raison de leur constance dans la tuberculose cutanée, on est amené à se demander si ces deux particularités, le petit nombre des bacilles et leur faible virulence, ne tiennent pas au terrain même sur lequel ils se développent, aux conditions de structure, de nutrition générale et surtout de température propres au tégument externe.

La difficulté qu'on éprouve à reproduire expérimentalement la tuberculose par inoculation uniquement cutanée, fait déjà remarqué par Villemin, la rareté relative de la tuberculose cutanée comparée aux occasions si nombreuses dans lesquelles la peau se trouve en contact avec son agent virulent, viennent encore à l'appui de cette supposition.

Ceci nous amène à rechercher les circonstances dans lesquelles se produit la tuberculose cutanée, d'une façon générale et sans entrer dans les conditions propres à chacune de ses formes cliniques ; nous avons vu d'ailleurs que ces formes pouvaient, les unes comme les autres, se développer chez des sujets jusque-là bien portants ou chez des sujets déjà tuberculeux par un organe ou un viscère quelconque ; nous avons également relevé chemin faisant la facilité relative avec laquelle l'inoculation se produisait chez les sujets déjà cachectiques, en raison de l'affaiblissement de la vitalité de la peau comme des autres tissus.

L'existence d'une solution de continuité de la peau est nécessaire pour que l'agent pathogène de la tuberculose déposé à sa surface y pénètre : c'est là un fait patent et à opposer à la possibilité reconnue, par Cornil, de l'infection des muqueuses dont le revêtement épithélial est intact. Mais la solution de continuité peut être très variable dans sa forme, dans sa cause, dans sa durée, dans son siège.

Des plaies de minime étendue, des écorchures (P. Raymond), la petite plaie qui succède à la pénétration d'une épine sous la peau (P. Raymond), peuvent aussi bien servir de porte d'entrée à la tuberculose que la plaie d'une amputation ou d'un vaste traumatisme (Verneuil, Wahl, etc.).

Les écorchures et les égratignures qui se cicatrisent rapidement, si rapidement même que le malade en perd le souvenir, ont été parfois l'origine de la tuberculose cutanée, au même titre que des plaies contuses de curation laborieuse ou des ulcérations rebelles (Verchère, Mathieu).

Des morsures par des sujets tuberculeux (Verchère), des brûlures (Deschamps), sont notées dans quelques cas; à l'observation de tuberculose verruqueuse consécutive au tatouage, publiée par Tournier, il faut ajouter un cas de lupus reconnaissant la même origine, rapporté par Jadassohn.

Le contact prolongé ou répété, ce qui revient au même, des matières tuberculeuses avec la peau paraît favoriser le développement des lésions cutanées; une plaie anfractueuse, une coupure par un éclat de verre permettent aux bacilles de se fixer dans les tissus ; une malade de Lesser était blanchisseuse, la femme dont Dubreuilh et Auché ont rapporté l'observation avait lavé les mouchoirs de son mari phtisique, et la tuberculose s'était développée au point même sur lequel elle frottait le

linge; E. Vidal attribue le siège fréquent des lésions tuberculeuses au niveau du pouce et de l'index chez les phtisiques, à ce que beaucoup de malades s'essuient, avec la peau de cette région, la bouche et la barbe encore souillées par les crachats qu'ils viennent d'expectorer.

Des lésions spontanées, l'impétigo, l'eczéma, peuvent servir de porte d'entrée à l'agent infectant.

On a cité des cas de contagion par des seringues hypodermiques ayant servi à des phtisiques; mais il faut se garder de prendre pour des lésions tuberculeuses les abcès d'apparence parfois gommeuse qui, chez les morphinomanes surtout, succèdent à l'emploi de seringues malpropres et septiques.

Les divers liquides contenant des bacilles tuberculeux peuvent servir à contagionner la peau; ce sont, en première ligne, les crachats, parfois la salive mélangée aux produits d'expectoration ou contaminée par la sécrétion d'ulcérations buccales (Poncet), ou encore le pus provenant de lésions tuberculeuses cutanées ou ganglionnaires; j'ai vu dans le service de E. Besnier une femme atteinte de tuberculose verruqueuse après avoir soigné un enfant atteint de « lésions scrofuleuses »; Wahl rapporte le cas d'un enfant chez lequel un trajet fistuleux se tuberculisa après qu'il eut passé plusieurs semaines avec une fillette atteinte de lupus du nez; les auto-inoculations consécutives aux foyers profonds de tuberculose, dont Jeanselme a rassemblé plusieurs exemples et qui peuvent revêtir la forme soit du lupus, soit de la tuberculose verruqueuse, méritent une mention spéciale.

Les tissus et les humeurs des animaux tuberculeux peuvent également devenir l'origine de la tuberculose cutanée chez l'homme. Tscherning a cité le fait d'un vétérinaire dont la maladie provenait de l'autopsie d'une vache tuberculeuse, et Ponfick a rappelé un fait analogue dans une communication sur les tuberculoses locales au Congrès de Berlin.

Wahl se demande si le lavage des surfaces eczémateuses avec le lait de vaches tuberculeuses ne peut pas devenir la cause de contagions tuberculeuses.

La lymphe vaccinale, recueillie à l'état de pureté soit sur l'homme phtisique, soit sur les animaux tuberculeux, ne peut transmettre la tuberculose, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Mayer, de P. Guttmann, du professeur Straus, de Josserand, de Acker, de Peiner : il faut, pour que la tuberculose succède à la vaccination, comme dans un cas de lupus cité par E. Besnier (*Annales de Dermatologie*, 1889, p. 576) et comme dans les faits de Morrow et de Malcolm Morris (*Congrès de l'Association médicale britannique* à Birmingham, 1890), que le vaccin soit contaminé accidentellement ou par le sang d'un sujet ou d'un animal tuberculeux, ou encore par un instrument malpropre, ou qu'un produit tuberculeux déposé à la surface de la plaie d'inoculation ou de la pustule vaccinale, devienne l'origine d'une infection tuberculeuse secondaire.

Nous avons déjà, en étudiant la tuberculose verruqueuse, relevé son siège fréquent à la main et signalé, à propos de la tuberculose ulcéreuse, sa prédilection pour le voisinage des orifices naturels. Ce sont là des localisations fréquentes de la tuberculose dont on s'explique facilement le mécanisme à cause de la vulnérabilité de ces régions exposées

à la fois aux traumatismes les plus fréquents et aux contacts les plus répétés avec les produits tuberculeux.

Le lupus occupe le plus souvent la face, sans doute à cause de la fréquence, en cette région, chez les enfants, de lésions cutanées superficielles (pustules d'impétigo, eczéma, etc.).

Il est quelques autres sièges plus rares, mais singuliers quoique faciles à expliquer; le prépuce chez les enfants israélites; la région de l'oreille où Jarisch et Chiari (*Vierteljahr. für Dermatologie* 1879, p. 265 et 269) ont décrit un des premiers exemples d'ulcérations tuberculeuses est atteinte soit après le percement du lobule chez les jeunes filles (Eiselsberg), soit à la suite du port de boucles d'oreilles ayant appartenu à des sujets tuberculeux (von Düring). Demme rapporte l'exemple, unique jusqu'ici, d'un nouveau-né atteint d'ulcération tuberculeuse de l'ombilic et qui succomba à une péritonite tuberculeuse; la mère était phtisique et avait sans doute infecté l'enfant pendant le pansement de la plaie ombilicale.

Les enfants, en raison de la fréquence des solutions de continuité chez eux et de la facilité avec laquelle leurs tissus sont envahis par la tuberculose, sont particulièrement exposés à ses différentes localisations cutanées, qui revêtent une gravité considérable chez les nouveau-nés, mais évoluent en général lentement (lupus, gommes scrofulo-tuberculeuses) chez les enfants plus âgés.

A l'âge adulte, certaines professions sont particulièrement exposées à la tuberculose cutanée. Ce sont celles qui obligent à des contacts répétés avec des tissus ou des liquides provenant d'hommes ou d'animaux tuberculeux : en première ligne les médecins et leurs aides (garçons d'amphithéâtre, infirmiers, gardes-malades par profession ou accidentellement), les vétérinaires, les bouchers, les garçons d'écurie et de ferme, etc.

Tous les exemples de tuberculose cutanée jusqu'ici connus peuvent s'expliquer par la contamination de la peau de dehors en dedans; lorsqu'elles se développent chez des sujets antérieurement tuberculeux, ces lésions peuvent être attribuées au contact de la peau avec des produits de sécrétion ou mieux d'excrétion des organes tuberculeux. On comprend cependant que des solutions de continuité ou que des traumatismes puissent faciliter la fixation dans la peau de bacilles tuberculeux transportés par le sang, et amener le développement d'une tuberculose cutanée par infection secondaire, comme cela s'observe pour les organes internes; mais aucune observation n'a jusqu'à présent confirmé cette supposition.

Ajoutons que, pour la peau comme pour tous les organes, plus encore que pour eux, le contact accidentel ou répété avec des produits infectieux ne suffit pas au développement de la tuberculose, il faut encore une prédisposition générale, héréditaire, permanente ou passagère, sur laquelle nous n'avons pas à insister plus longtemps ici.

III

Le traitement de la tuberculose cutanée est, suivant les conditions générales du sujet, suivant la forme anatomique, l'étendue et le siège

des lésions, ou simplement palliatif et alors le plus souvent désespérant, ou véritablement curatif ; il devient dans ce cas des plus brillants et aucune autre manifestation de la tuberculose ne se prête mieux à un traitement local réglé et à une guérison absolue et définitive, localement du moins.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des indications présentées par les formes cliniques principales et par les variétés et sous-variétés multiples de la tuberculose cutanée, ni dans l'énumération des nombreuses médications proposées, ni dans la description détaillée de leurs modes d'application, et nous ne donnerons que les grandes lignes de ce traitement.

La nécessité d'un traitement général ne peut faire de doutes : que l'infection tuberculeuse soit localisée à la peau ou étendue aux viscères, elle réclame toujours une médication tonique dont nous n'avons pas à rappeler ici les agents hygiéniques, diététiques et pharmaceutiques, et qui est destinée à mettre l'organisme en état de s'opposer à la généralisation dans le premier cas et de résister à ses effets dans le second.

Quant au traitement local, on peut en résumer de la façon suivante le but et les indications : détruire les produits tuberculeux déjà formés, empêcher leur reproduction, réparer les altérations que leur évolution a fait subir aux téguments.

Les premiers auteurs qui aient appliqué des moyens locaux vraiment actifs au traitement de la tuberculose cutanée ont eu recours pour détruire le lupus, auquel ils s'attaquaient presque uniquement, aux divers agents caustiques : détruisant chimiquement les tissus malades, ils laissaient après la chute des escharres une surface qui bourgeonnait généralement assez bien ; mais la cicatrice était souvent vicieuse, irrégulière, rétractile, déformait la région, en raison des destructions énormes et inutiles opérées par un agent qui atteignait sans discernement les tissus sains comme les tissus malades, et, pas plus que les méthodes ultérieures, celle-ci ne mettait à l'abri des récidives. Les caustiques chimiques ne sont plus guère employés que pour détruire des fongosités volumineuses ou, dans les tuberculoses gommeuses avec décollements étendus, pour détruire la peau qui les recouvre et obtenir la mise à jour de leur face profonde : on a recours alors aux crayons de pâte de chlorure de zinc, dont Lailler a montré l'utilité et réglé l'emploi dans ces cas.

L'ablation large au bistouri des tissus tuberculeux n'est praticable que dans certains cas exceptionnels.

Le grattage et le raclage à la curette, préconisés par R. Volkmann et suivis ou non d'applications caustiques et parasitaires, ont rendu plus d'un service dans le traitement du lupus et surtout dans le traitement des gommes turberculeuses ; dans les formes verruqueuses et ulcéreuses ils doivent parfois précéder, à titre d'opération préliminaire et préparatoire, l'emploi des autres modes de traitement.

L'emploi des scarifications linéaires dans le lupus, suivant la méthode imaginée par Balmanno Squire et vulgarisée en France par E. Vidal et E. Besnier a rendu les plus grands services et a été pendant longtemps la méthode de choix pour un grand nombre de dermatologistes. Par des incisions multiples et rapprochées, toutes parallèles ou mieux

quadrillées, on sectionne les vaisseaux qui nourrissent le tissu malade, on modifie ainsi sa nutrition et on accélère sa transformation, en même temps qu'on détermine la production d'un tissu cicatriciel souple et lisse : un lupus scarifié avec soin sur ses bords cesse de s'étendre, on n'a plus à craindre les mutilations de la face, et au bout d'un nombre de séances de scarifications variable suivant son étendue on a obtenu sa cicatrisation complète et régulière ; les cicatrices anciennes et difformes peuvent même, par des scarifications faites méthodiquement, reprendre le niveau de la surface cutanée et la souplesse de la peau normale. La méthode des scarifications compte encore à l'heure actuelle des partisans, parmi lesquels on doit citer E. Vidal et Brocq, qui continuent de traiter ainsi la plupart des lupus vulgaires.

La méthode de Balmanno Squire a l'inconvénient de produire des hémorragies, peu abondantes si l'on a soin de tendre la peau et de comprimer les parties scarifiées avec une éponge ou tampon d'ouate hydrophile et si on emploie les aiguilles à scarifications au lieu du scarificateur à lames multiples de B. Squire. Elle a surtout l'inconvénient d'ouvrir les vaisseaux, d'exposer à l'infection tuberculeuse locale ou générale. Aussi E. Besnier a-t-il depuis 1883 remplacé les scarifications du lupus par l'ignipuncture. Pratiquée soit avec une pointe fine de thermocautère, soit avec le galvano-cautère, qui donne moins de rayonnement calorique que le thermocautère et produit des escharres moins étendues, et avec lequel on peut employer simultanément plusieurs pointes réunies sur une même figure (grilles galvano-caustiques de E. Bernier), l'ignipuncture permet d'atteindre uniquement les points malades, de détruire complètement les tubercules : ses résultats sont plus rapides que ceux de la scarification, tout aussi beaux au point de vue de l'aspect des cicatrices, et les récidives sont peut-être moins rapprochées ; elle ne permet pas, il est vrai, la régularisation des cicatrices vicieuses anciennes, mais il suffit, une fois les tubercules lupiques détruits, de faire quelques séances de scarifications pour avoir une cicatrice régulière ordinairement très belle.

La méthode de E. Besnier s'applique aussi bien aux autres formes de tuberculose cutanée qu'au lupus vulgaire : elle réussit fort bien dans la tuberculose ulcéreuse ; dans la tuberculose verruqueuse, elle doit être précédée du raclage des productions cornées ; dans la forme gommeuse, elle ne s'applique guère qu'aux cas où les gommes sont peu nombreuses et peu volumineuses.

Les gommes présentent, en effet, des indications spéciales : suppurées et abcédées, elles réclament l'ouverture, suivie du raclage ou de la cautérisation avec un caustique chimique ou mieux du raclage et du pansement à l'iodoforme ; étendues et creusant toute la couche hypodermique, elles doivent être traitées par quelques applications révulsives à la surface de la peau, en même temps qu'on supprime les décollements, les clapiers et qu'on traite la surface ulcérée par des applications de naphtol camphré ou d'iodoforme.

Cette dernière substance a été employée par Morel-Lavallée comme mode de traitement général des tuberculoses cutanées, soit en pansement, soit en injections hypodermiques locales ; les résultats excellents qu'il a obtenus n'ont pas été observés par d'autres auteurs.

Le naphtol camphré vanté par Fernet, l'acide lactique recommandé par Rafin dans les ulcérations tuberculeuses de la peau, détruisent les granulations tuberculeuses, activent le processus de réparation, mais leurs résultats sont bien au-dessous de ceux qu'ils donnent dans les ulcérations tuberculeuses des muqueuses.

Les injections de lymphe de Koch ont fait naître, au moment où elles ont commencé à être pratiquées, des espérances que les recherches ultérieures n'ont confirmées qu'en partie. Sous l'influence de la réaction locale intense qu'elles produisent, les ulcérations lupiques se détergent, les tubercules superficiels sont éliminés et la cicatrisation se fait rapidement; mais les tubercules plus profonds persistent, et, au moment où, par le fait de l'accoutumance, la réaction locale a cessé de se produire, il persiste des foyers lupiques plus ou moins nombreux qui repullulent lorsqu'on cesse de pratiquer les injections : ces résultats qui ne surpassent nullement en intensité ceux que l'on peut obtenir dans le même temps par un traitement régulier du lupus (E. Besnier) sont toujours atteints au risque de dangers graves pour la santé ou même la vie du malade; on ne saurait donc conseiller l'emploi de cette méthode dans le traitement du lupus et encore moins dans celui des autres formes de tuberculose cutanée.

Le lupus érythémateux, qui mérite une place à part dans la tuberculose cutanée, a été l'objet d'une série nombreuse d'essais thérapeutiques. Ici, plus que dans les autres formes de lésions tuberculeuses de la peau, le traitement doit varier suivant le siège, suivant l'étendue et l'ancienneté des lésions.

Les scarifications, l'ignipuncture peuvent en arrêter la marche, et quelquefois en amener la guérison; les applications d'acide pyrogallique et d'acide lactique sont encore celles qui méritent le plus de faveur; mais il faut bien savoir que leurs résultats sont lents à obtenir et qu'ils demandent, de la part du médecin, comme de la part du malade, une longue persévérance.

Est-il besoin d'ajouter que la tuberculose cutanée comporte, outre le traitement véritable, une prophylaxie de première importance? Produite toujours par inoculation, qu'il s'agisse d'un sujet déjà infecté ou encore indemne de tuberculose, constituant chez l'un un nouveau foyer et un danger de plus, chez l'autre une lésion initiale qui peut être le point de départ d'une généralisation viscérale, elle doit et peut être évitée dans les deux cas. L'occlusion immédiate et effective après antisepsie minutieuse de toutes les solutions de continuité traumatiques ou pathologiques chez les tuberculeux, chez les sujets vivant dans un milieu tuberculeux, chez les enfants surtout, s'impose impérieusement dans ce but; la possibilité de cette inoculation cutanée accidentelle par les intermédiaires les plus divers, apporte un argument de plus à la nécessité de la désinfection des objets contaminés par les tuberculeux, nécessité que tous les hygiénistes s'accordent à proclamer et à réclamer.

LA TUBERCULINE DE KOCH

Par L. GALLIARD

Consulter les travaux suivants :

Application de la méthode de Koch, par Bergmann. (*Deut. med. Woch.*, 20 novembre, p. 1073.) — Sur le traitement de Koch, par Köhler. (*Ibid.* 27 novembre, p. 1106.) — Recherches histologiques sur l'action du procédé de Koch, par Kromeyer. (*Ibid.*, 4 décembre, p. 1138.) — Modifications hâtives des poumons à la suite du traitement de Koch, par von Noorden. (*Ibid.*, p. 1135.) — Réactions consécutives au traitement de Koch, par O. Rosenbach. (*Ibid.*, p. 1131.) — Application du traitement de Koch dans la tuberculose, par Schede. (*Ibid.*, 11 décembre, p. 1171.) — *Idem*, par Maes. (*Ibid.*, p. 1173.) — Les résultats des injections de la lymphe dans la lèpre et le lupus érythématode, par Arning. (*Ibid.*, p. 1169.) — Réactions des lésions pulmonaires sous l'influence de la lymphe, par Wolff. (*Ibid.*, p. 1166.) — Résultats du traitement de Koch, par Helferich. (*Ibid.*, p. 1163.) — Étude sur le traitement de Koch, par Stiller. (*Ibid.*, 18 décembre, p. 1221.) — Note sur les injections de Koch, par Czerny. (*Ibid.*, p. 1218.) — *Idem*, par Ebstein. (*Ibid.*, p. 1203.) — De la méthode de Koch, par Lindner. (*Ibid.*, p. 1207.) — *Idem*, par A. Fraenkel. (*Ibid.*, p. 1210.) — *Idem*, par Lenhartz. (*Ibid.*, p. 1215.) — L'emploi du traitement de Koch dans la tuberculose, par B. Fraenkel. (*Ibid.*, 25 décembre, p. 1253.) — Pratique de 4 semaines avec la méthode de Koch, par Fuerbringer. (*Ibid.*, p. 1257.) — Réactions locales des phtisiques sous l'influence de la méthode de Koch, par Kleinwaechter. (*Ibid.*, p. 1261.) — L'action des injections de Koch, par F. Schultze. (*Ibid.*, 1er janvier 1891.) — La méthode de Koch combinée avec le traitement chirurgical, par Sonnenburg. (*Ibid.*, 1er janvier 1891, p. 21.) — Emploi de la lymphe dans la pratique chirurgicale, par E. Hahn. (*Ibid.*, 1er janvier, p. 27.) — Guérison rapide d'une tuberculose laryngée, par Oppenheimer. (*Ibid.*, 4 décembre.) — Le traitement de Koch dans la tuberculose pulmonaire, par Kast. (*Ibid.*, 11 décembre, p. 1175.) — *Idem*, par Guttmann. (*Ibid.*, 11 décembre, p. 1175.) — La méthode de Koch, par Doutrelepont et Trendelenburg. (*Ibid.*, 1890, p. 1223.) — La méthode de Koch, par Schultze. (*Ibid.*, 18 décembre, p. 1223.) — La méthode de Koch, par Juergens. (*Ibid.*, 25 décembre, p. 1264.) — La méthode de Koch employée dans deux cas comme moyen de diagnostic, par Rosenfeld. (*Ibid.*, 25 décembre, p. 1261.) — Le remède de Koch, par Finkler, Leo, Ungar, Schultze. (*Ibid.*, 25 décembre, p. 1263.) — Première note sur le traitement de la tuberculose d'après Koch, par H. Schmid. (*Ibid.*, 1er janvier, p. 35, 1891.) — Le remède de Koch à la Société médicale de Greifswald le 6 décembre 1890, par Mosler. (*Ibid.*, p. 39.) Résultats du traitement de Koch, par Leichtenstern. (*Ibid.*, 1er janvier 1891, p. 30.) — *Idem*, par Schwimmer. (*Ibid.*, p. 37.) — Effet particulier de la Kochine sur la respiration, par Schreiber. (*Ibid.*, 8 janvier 1891.) — Même sujet, par Baumler, Kovach, Alsberg, J. Michael, Königshofer, Maschke,

ROSENBACH. (*Ibid.*, p. 61 et suiv.) — Suite des communications sur un procédé de traitement de la tuberculose, par R. KOCH. (*Ibid.*, 15 janvier 1891, p. 101.) — L'action du remède de Koch sur les organes viscéraux tuberculeux, par VIRCHOW. (*Ibid.*, p. 131.) — Note sur l'emploi du procédé de Koch, par F. VON ESMARCH. (*Ibid.*, 15 janvier, p. 103.) — Recherches sur 60 cas traités par la méthode de Koch, par RUMPF. (*Ibid.*, 15 janvier, p. 106.) — Action de la lymphe de Koch dans la lèpre, par BABES et KALINDERO. (*Ibid.*, 15 janvier, p. 115.) — Cas de tumeur tuberculeuse de la cornée de l'œil droit, guéri par 6 injections, par SCHWANN II. (*Ibid.*, p. 116.) — Le traitement de Koch combiné avec le traitement chirurgical, 2e partie, par SONNENBURG. (*Ibid.*, p. 117.) — Les modifications de la température sous l'influence des injections de Koch, 2e note, par O. ROSENBACH. (*Ibid.*, p. 122.) — Le traitement de Koch dans la tuberculose, par KAETZER. (*Ibid.*, p. 129.) — Sur les inoculations de lymphe dans l'année 1890, par WEBER. (*Ibid.*, 22 janvier 1891, p. 157.) — L'action du remède de Koch sur les sujets sains ou tuberculeux, par T. PEIPER. (*Ibid.*, p. 160.) — Le traitement de la tuberculose par le procédé de Koch à la polyclinique chirurgicale de Florence, par KURZ. (*Ibid.*, p. 164.) — Suite de la note d'ESMARCH. (*Ibid.*, p. 167.) — 100 cas chirurgicaux traités par la méthode de Koch, par BARDENHEUER. (*Ibid.*, 29 janvier 1891, p. 197.) — Emploi de la lymphe dans le lupus des muqueuses, par BRIEGER. (*Ibid.*, p. 200.) — Note sur la communication de Brieger, par A. NEISSER. (*Ibid.*, p. 205.) — Ulcération intestinale tuberculeuse guérie par le traitement de Koch, par P. GUTTMANN. (*Ibid.*, p. 209.) — Étude histologique sur la guérison des ulcérations tuberculeuses des muqueuses par le traitement de Koch, par RINDFLEISCH. (*Ibid.*, 5 février 1891, p. 237.) — Sur le traitement chirurgical des cavernes pulmonaires, par SONNENBURG. (*Ibid.*, p. 238.) — Recherches microscopiques sur la tuberculose muqueuse et cutanée après l'emploi de la lymphe, par SCHIMMELBUSCH. (*Ibid.*, p. 240.) — Étude de la température chez les sujets traités par la lymphe, par NEUMANN et SCHWERIN. (*Ibid.*, p. 244.) — Sur une manifestation anormale après les injections de Koch et de la valeur diagnostique de ce moyen, par AUERBACH. (*Ibid.*, p. 246.) — Sur l'emploi de la lymphe dans la tuberculose pulmonaire et laryngée, par IRSAI. (*Ibid.*, p. 248.) — Recherches sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang après les injections de la lymphe, par GUTTMANN et EHRLICH. (*Ibid.*, p. 251.) — La méthode de Koch, par LICHTHEIM. (*Ibid.*, 12 février 1891, p. 273.) — Idem, par KIRCHHEIM. (*Ibid.*, p. 278.) — Recherches histologiques sur le mode d'action de la tuberculine, par KROMAYER. (*Ibid.*, 19 février, p. 305.) — De la méthode de Koch, par SCHREIBER. (*Ibid.*, p. 306.) — Sur le traitement de Koch; recherches sur la fièvre de réaction, par ROSENBACH. (*Ibid.*, p. 309.) — Sur le traitement de Koch, par GANGHOFNER et BAYER. (*Prager med. Woch.*, n° 3, 1891.) — Traitement par la lymphe, par NAUNYN. (*Deut. med. Woch.*, 26 février 1891.) — *Idem*, par RIEGNER. (*Ibid.*) — Du pouls et de la respiration des tuberculeux pendant le traitement, par HELLNER et SPEYER. (*Ibid.*) — Emploi du traitement de Koch dans la tuberculose du larynx, par HERTEL. (*Ibid.*, 27 novembre, p. 1103.) — *Idem*, par LUBLINSKI. (*Ibid.*, p. 1107.) — *Idem*, par THOST. (*Ibid.*, 11 décembre, p. 1174.) — Un cas de tuberculose laryngée guérie par les injections, par LENZMANN. (*Ibid.*, 22 janvier 1891, p. 172.) — Résultats du traitement des affections laryngo-pulmonaires par la tuberculine, par GUTTMANN et EHRLICH. (*Ibid.*, 5 mars 1891.) — *Idem*, par MIKULICZ. (*Ibid.*) — *Idem*, par SCHWANN II. (*Ibid.*) — Le traitement de Koch, par RIEGEL. (*Ibid.*, 12 mars 1891.) — *Idem*, par BRAUN. (*Ibid.*) — Traitement de la tuberculose osseuse, par JASINSKI. (*Ibid.*) — Un cas de lupus du nez et de la muqueuse nasale guéri en cinq semaines par la tubercu-

line, par KRAUSE. (*Ibid.*) — Remarques pratiques sur le traitement de Koch pour la tuberculose, par DENGEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 novembre.) — Présentation de 39 malades traités par la méthode de Koch, par VON BERGMANN. — *Idem*, par KOEHLER. (*Ibid.*, p. 1100 et 1101.) — Communications sur des phtisiques traités par la méthode de Koch, par FRAENKEL. (*Ibid.*, p. 1102.) — Le procédé de traitement de Koch pour la tuberculose. (*Ibid.*, p. 1103.) — Compte rendu de l'autopsie de 2 malades atteints de tuberculose locale traités par la méthode de Koch, par O. ISRAEL. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Communications sur les résultats du traitement de Koch dans la tuberculose chirurgicale, par KŒHLER. (*Ibid.*, 1er décembre.) — Remarques sur l'emploi de la méthode de Koch, par OSCAR FRENTZEL. (*Ibid.*, 3 décembre.) — Communication sur les effets du remède de Koch dans la tuberculose du larynx. par H. KRAUSE. (*Ibid.*, p. 1137.) — Compte rendu sur les applications de la méthode curative de Koch à la 1re clinique médicale des 20-27 novembre 1890, par E. LEYDEN. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Interpellation à la Chambre des députés prussienne (29 novembre 1890) sur les intentions du gouvernement pour la vulgarisation de la méthode de Koch, par GRAF. (*Idem*, p. 1157.) — Communications sur le procédé curatif de Koch pour la tuberculose, par H. SENATOR. (*Idem*, p. 1167.) — *Idem*, par ED. HENOCH. (*Idem*, p. 1169.) — *Idem*, par LITTER. (*Idem*, p. 1171.) — Démonstration physique de la réaction du remède Koch sur les poumons tuberculeux, par K. TURBAN. (*Idem*, p. 1173.) — Résultats de l'expérimentation du remède de Koch, par C. A. EWALD. (*Idem*, p. 1175.) — Lésions du larynx constatées à l'autopsie d'un malade traité par la méthode de Koch, par LANGERHANS. (*Idem*, p. 1182.) — De la méthode de Koch dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par PAUL GUTTMANN. (*Ibid.*, p. 1185, 15 décembre.) — Proposition de combiner à l'occasion la méthode de Koch avec l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur, par R. HEINZ. (*Idem*, p. 1186.) — Présentation d'un malade atteint de phtisie laryngée traitée par la méthode Koch, par W. LUBLINSKI et GRABOWER. (*Idem*, p. 1195.) — La méthode curative de Koch dans le lupus érythémateux, par LEWIN. (*Idem*, p. 1196.) — Observations cliniques (dont 2 chez des femmes enceintes) sur le traitement Koch, par J. HOFMEIER. (*Idem*, n° 53, p. 1205, 22 décembre 1890.) — Compte rendu des phtisiques traités par la méthode Koch à l'hôpital Saint-Jean de Bonn du 21 novembre au 8 décembre 1890, par R. BURKART. (*Idem*, p. 1208.) — Communications sur le procédé de Koch, par LINDNER, ALBERT FRAENKEL, HERMANN KRAUSS. (*Idem*, p. 1212.) — De l'emploi du remède de Koch contre la tuberculose, par B. FRAENKEL. (*Idem*, p. 1219, 29 décembre et 19 janvier 1891.) — Compte rendu de 5 cas de lèpre traités par le remède de Koch, par JULIUS GOLDSCHMIDT. (*Ibid.*, 12 janvier 1891.) — Recherches sur la nutrition des phtisiques traités par le remède de Koch, par FELIX HIRSCHFELD. (*Ibid.*, p. 29.) — Effets du remède de Koch sur les organes internes des tuberculeux, par R. VIRCHOW. (*Ibidem*, p. 49.) — Observations faites dans l'emploi du remède de Koch, par A. OPPENHEIM. (*Idem*, p. 55, 19 janvier.) — Observations laryngoscopiques sur des malades traités par la méthode Koch, par THEODOR S. FLATAU. (*Ibid.*, p. 56.) — Absence de modifications morphologiques des bacilles chez les tuberculeux par la méthode Koch, par NEUHAUSS. (*Ibid.*, p. 68.) — Aperçu général sur l'emploi de la méthode Koch à la clinique chirurgicale de la Charité, par A. KOEHLER. (*Ibid.*, p. 73.) — Discussions de la Société médicale de Berlin. (*Ibid.*, p. 79, 26 janvier.) — Nature de la lymphe de Koch, par FERDINAND HUEPPE et HERMANN SCHOLL. (*Ibid.*, p. 88, 26 janvier.) — Remarques sur le mode de réaction des individus sains et des suspects de tuberculose traités par les inocu-

lations de Koch, par Korczinski et Adamkiewicz. (*Ibid.*, p. 91.) — Effets du liquide de Koch sur la nutrition chez l'homme, par A. Lœwy. (*Ibid.*, p, 93.) — Du traitement de la tuberculose par le procédé Koch, par G. Lewin. (*Ibid.*, p. 95.) — Bacilles tuberculeux dans le sang des malades après l'injection de lymphe, par Liebman. (*Ibid.*, 26 janvier 1891.) — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et sa guérison par la méthode de Koch, par Schwalbach. (In-8° 31 p. *Berlin.*) — Le traitement de Koch dans la phtisie, par Gött. (In-8° 16 p. *Fribourg-en-Brisgau.*) — Koch, sa méthode de guérison de la tuberculose et les infiniments petits, par Deiss. (In-8°. *Bâle* 1891.) — Sur le traitement de Koch, par Angerer. (*Münch. med. Woch.*, n°s 49 et 50.) — Recherches sur le traitement de Koch, par Gœschel. (*Ibid.*, 20 janvier 1891.) — *Idem*, par Buchner. (*Ibid.*) — *Idem*, par Gottlieb Merkel. (*Ibid.*, 13 janvier 1891.) — Le remède de Koch contre la tuberculose et son action sur l'organisme sain et malade, par Prior. (*Ibid.*, 20 janvier 1891.) — L'ouverture chirurgicale des cavernes pulmonaires simultanée avec les injections de lymphe, par Leser. (*Ibid.*, 24 février 1891.) — De l'action de la tuberculine au point de vue diagnostique et thérapeutique, par Stintzing. (*Ibid.*, 3 mars 1891.) — Sur le traitement de Koch à l'hôpital militaire de Munich, par Vogel. (*Ibid.*) — Recherches sur le traitement de Koch, par v. Ziemssen. (*Ibid.*, n° 50.) — *Idem*, par Schrœtter. (*Wiener klin. Woch.*, n° 51.) — Recherches sur la valeur diagnostique du procédé de Koch, par Maydl. (*Int. klin. Rundschau*, n° 50.) — Modifications non encore décrites du bacille tuberculeux après les injections sous-cutanées de lymphe de Koch, par Seigel. (*Cent. f. Allg. Pathol.*, II, 4.) — Recherches histologiques sur l'action de la lymphe, par Kahlden. (*Ibid.*) — Recherches histologiques sur l'action de la lymphe sur le lupus, par Jacobi. (*Ibid.*, 24 janvier 1891.) — Étude de la nature chimique de la kochine, par Jolles. (*Int. klin. Rundschau*, n° 1, 1891.) — Le procédé de Koch au lazaret militaire I. de Berlin. (*Deut. milit. Zeit.*, XIX, 12.) — Le traitement de Koch dans la tuberculose, par Muller. (*Zeit. f. Medicinalbeamte*, n° 12.) — Sur l'action de la lymphe de Koch sur les organes internes des tuberculeux, par Virchow. (*Soc. de méd. Berlin* 7 janvier, et *Bull. méd.*, 14 janvier 1891.) — Tuberculose de la conjonctive traitée par la méthode de Koch, par Albrand. (*Soc. de méd. berlinoise*, 21 janvier 1891.) — Tuberculose apyrétique, injection de lymphe, marche rapide, mort, par Virchow. (*Soc. de méd. Berlin*, 21 janvier.) — Effets thérapeutiques du liquide de Koch, par Ewald. (*Ibid.*) — *Idem*, par Israel. (*Ibid.*) — Modifications anatomiques à la suite d'injections de lymphe, par Virchow. — Observations de Flatau, Fuerbringer, Guttmann. (*Soc. de méd. berlinoise*, 28 janv. 1891.) — Effets thérapeutiques de la lymphe, par Henoch (*Soc. de méd. berlin.*, 4 février 1891.) — Troubles psychiques consécutifs aux injections de lymphe, par Jolly. (*Ibid.*). — De la méthode de Koch, par Silex, Fraenkel, Wolff, Virchow. (*Ibid.*, 11 février.) — Modifications anatomo-pathologiques à la suite d'injections de liquide de Koch, par Virchow. (*Soc. de méd. berlinoise*, 4 février 1891.) — Traitement d'un lupus du nez, du palais, de la langue par la lymphe de Koch, par Krause. (*Soc. de méd. int. Berlin*, 16 février 1891.) — Tuberculose laryngée, injections de Koch, par Grabower. (*Soc. de méd. berlinoise*, 18 février 1891.) — Observations de Virchow, Fraenkel. (*Ibid.*) — Traitement de la tuberculose par le procédé de Koch, par Fraentzel. (*Deut. med. Zeit.*, n° 93.) — Deux cas traités et guéris par la méthode de Koch, par Baum. (*Ibid.*, n° 103.) — Traitement du lupus par la méthode de Koch, par Isaak. (*Ibid.*, n° 6, 1891.) — Traitement de la tuberculose laryngée d'après le procédé de Koch, par Lublinski et Grabower. (*Soc. lar. de Berlin*, 21 novembre et 5 décembre.) — Sur le traitement de la tuberculose

laryngée par le procédé de Koch, par Krause. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Recherches anatomiques sur deux cas de tuberculose locale traités par le procédé de Koch, par Israel. (*Ibid.*) — Traitement de la maladie d'Addison par la lymphe de Koch, par Lenhartz. (*Ibid.*, *Sonderheft,* janvier 1891.) — Recherches sur l'emploi pratique du traitement de Koch, par Dengel. (*Ibid.*, janvier 1891.) — Du traitement de la tuberculose laryngée par la lymphe, par Lublinski. (*Ibid.*) — Recherches anatomo-pathologiques et histologiques sur la méthode de Koch, par Hansemann. (*Ibid.*, *Sonderheft*, janvier 1891.) — Note sur le traitement de la tuberculose par le procédé de Koch, par Kœniger. (*Ibid.*). — Sur l'emploi du liquide de Koch dans la pratique privée, par Thorner. (*Ibid.*) — Traitement de la tuberculose, méthode de Koch, par von Duhring. (*Ibid.*) — Sur l'emploi des injections de lymphe, par Thorner. (*Ibid.*, février 1891.) — Histologie des modifications des tissus après l'injection de Koch, par Browicz. (*Cent. f. med. Wiss.*, n° 1, 1891.) — Influence des inoculations de Koch sur les bacilles des crachats, par Amann. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 1.) — Le traitement de Koch par la tuberculose, par Bovet. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 23, p. 11, 1er décembre.) — Tuberculose du larynx, traitement de Koch, par Thost. (*Soc. de méd. Hambourg.*, 2 décembre.) — Le traitement de Koch, par Korach, Alsberg, etc. (*Ibid.*, 16 décembre.) — Effets de la méthode de Koch dans la tuberculose et le lupus du larynx, par Michael. (*Ibid.*, 16 décembre.) — Résultats du traitement de la tuberculose par la lymphe à la clinique de Halle, par Weber. (*Soc. méd. de Halle*, 17 décembre.) — La méthode de Koch, par Föhr. (*Med. Corresp.-Würtemb. Aerzte*, n° 32). — Examen anatomo-pathologique de trois phtisiques ayant succombé après avoir subi le traitement de Koch. (*Soc. des méd. allem. Prague,* et *Bull. méd.*, 21 janvier 1891.) — Recherches sur l'action de la lymphe de Koch dans la tuberculose, par Jacksch. (*Prager med. Woch.*, n° 49.) — Emploi de la lymphe de Koch à la clinique dermatologique de Prague, par Pick. (*Ibid.*, n° 52.) — Nouvelles recherches sur l'action du traitement de Koch dans la tuberculose, par Jaksch. (*Ibid.*, n° 1, 1891.) — Les injections de Koch à la première clinique médicale allemande, par Pribram. (*Ibid.* n° 50.) — Emploi des injections de Koch chez les nouveau-nés et les enfants, par Epstein. (*Ibid.*, n° 1, 1891.) — Les inoculations de lymphe à Berlin, par Kraus. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 48.) — De la méthode de Koch, par Szigeti. (*Pester med. chir. Presse,* n° 3, 1891.) — Le traitement de Koch dans la tuberculose, par Emmerich et Buchner. (*Wiener med. Blätter,* n° 47.) — Des injections avec la lymphe de Koch, par Gabrilowicz. (*Wiener med. Woch.*, 24 janvier 1891.) — Les premiers résultats du traitement de Koch dans la tuberculose des organes internes, par Borgherini. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Schnitzler. (*Soc. des méd. de Vienne*, 21 novembre. — Le procédé de Koch dans le lupus, par Kaposi. (*Ibid.*, 16 janvier 1891.) — Injection d'une forte dose de lymphe, 40 centigrammes, par Teleky. (*Ibid.*, 23 janvier 1891.) — Tuberculose de la langue traitée par la lymphe, par Drasche. (*Ibid.*, 30 janvier 1891.) — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Schnitzler. (*Soc. méd. de Vienne*, 26 janvier 1891.) — Lupus vulgaire, mort 36 heures après l'injection de 2 milligrammes de lymphe, par Jarisch. (*Wiener klin. Woch.*, n° 50.) — Tuberculose cutanée, traitement par la lymphe de Koch, par Riehl (*Ibid.*, n° 51.) — Étude histologique de la peau tuberculeuse après l'emploi des injections, par Riehl. (*Ibid.*, n° 51.) — Quelques recherches sur le traitement de Koch dans la tuberculose, en particulier les lésions pulmonaires, par Gluzinski. (*Ibid.*, n° 52.) — Peptonurie à la suite d'injections de lymphe, par Kahler. (*Ibid.*,

n° 2, 1891.) — La guérison de la tuberculose par la méthode de Koch, par Hueppe. (*Wien. med. Presse*, n° 48, 1889.) — Les effets du remède de Koch, par V. Jaksch. (*Ibid.*, n° 49, p. 1929.) — Traitement de la tuberculose cutanée, du lupus en particulier, par les injections de lymphe, par Wickham. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XII, 5.) — Méthode de traitement de la tuberculose du professeur Koch, par Tutzcher. (In-8°. *Paris.*) — Le traitement de la tuberculose du Dr Koch, par Langlois. (In-8°. *Paris.*) — Passé et avenir de la méthode de Koch, par Diday. (*Bull. méd.*, 26 novembre.) — Traitement de la tuberculose, méthode de Koch, par Péan. (*Ibid.*, 30 novembre.) — *Idem*, par Cornil. (*Ibid.*, 1er décembre.) — La méthode de Koch à l'hôpital Laënnec, par Cornil. (*Ibid.*, 10 décembre.) — Complications articulaires chez un lupique traité par la lymphe de Koch, par Lannelongue. (*Ibid.*, 17 décembre.) — La réaction de température et les variations de l'oxyhémoglobine après les injections, par Cornil. (*Ibid.*, 17 décembre.) — Mort par l'injection de lymphe de Koch dans un cas de lupus (*Ibid.*, 14 janvier 1891.) — De la lymphe de Koch dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales, par Verneuil. (*Ibid.*, 21 janvier. — Sur la nature de la lymphe de Koch, par Hueppe et Scholl. (*Ibid.*, 4 février.) — Modifications du pouls consécutives à l'injection de lymphe, par Spillmann et Haushalter. (*Ibid.*, 1er février.) — Sur le traitement de Koch. (*Semaine méd.*, 19 novembre.) — Notes sur le traitement de Koch. Comment il faut apprécier à l'heure actuelle la valeur de la méthode de Koch. Absence de réaction chez un tuberculeux traité d'après la méthode de Koch, par Rémond. (*Ibid.*, 26 novembre.) — Sur la réaction produite par le remède de Koch chez les lépreux, par Babes et Kalindero. (*Ibid.*, 16 janvier 1891.) — Tuberculose pleuro-pulmonaire apyrétique, injection de 1 milligramme de lymphe de Koch, marche rapide, fièvre, hémoptysie, mort, par Boinet et Jeannel. (*Ibid.*, 21 janvier.) — Résultats actuels du traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphe de Koch, par Thibierge. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 décembre.) — Action générale du remède de Koch, par Ferrand. (*Ibid.*) — Action de la méthode de Koch dans la tuberculose des voies respiratoires, par Cuffer. (*Ibid.*)—Le traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphe de Koch, par Thibierge. (*Ann. de dermat.*, I, 12.) — La méthode de Koch au point de vue dermatologique, par Thibierge. (*Ibid.*, II, 1.) — Le traitement de Koch à l'hôpital Saint-Louis, par Vidal. (*Soc. de dermat.*, 8 janvier 1891.) — Note sur le traitement des tuberculoses tégumentaires en général et du lupus en particulier par la méthode de Koch, par Besnier. (*Soc. de dermat. Bull. méd.*, 15 février 1891.) — Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch, par Hallopeau. (*Ibid.*) — Les injections de lymphe de Koch dans la tuberculose urinaire et génitale, par Guyon et Albarran. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, février 1891.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par P. Lucas-Championnière. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre.) — Sur l'action de la lymphe de Koch chez le cobaye, par Jaccoud, Dujardin-Beaumetz. (*Bull. acad. de méd.*, 10 février 1891.) — La méthode de Koch à l'hôpital Laënnec, par Sollier. (*Progrès méd.*, nos 49 et 50.) — La méthode de Koch à Paris, par Raymond. (*Ibid.*, n° 49.) — La méthode de Koch à l'hôpital Saint-Louis, par Raymond. (*Ibid.*, n° 50.)—Les cultures liquides de bacille tuberculeux de Koch contiennent des produits solubles vaccinants, par Courmont et Dor. (*Soc. de biol.*, 22 novembre.) — Sur les résultats obtenus par l'inoculation de la lymphe de Koch chez les cobayes tuberculeux, par Dubief. (*Ibid.*, 14 février 1891.) — Injections de liquide de Koch chez un singe, suivies de mort, par Hénocque. (*Ibid.*, 21 février.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Lereboullet. (*Gaz. hebd.*, n° 49.) — La lymphe de Koch au point de vue de la

législation française, par Lereboullet. (*Ibid.*, n° 50.) — Notes sur le traitement de Koch, par Bernheim. (*Ibid.*, 6 décembre.) — Sur la nouvelle communication de Koch, par Ricochon. (*Ibid.*, 24 janvier 1891.) — La lèpre et le traitement de Koch, par Abraham. (*Lancet*, II, n° 24.) — Études cliniques sur le traitement de la tuberculose d'après la méthode de Koch, par Audoin et Sauvineau. (*Gaz. méd. Paris*, n° 49.) — *Idem*, par Delage. (*Ibid.*, n° 50.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, observations de Cornil ; les causes de la mort dans le cours de ce traitement, par Virchow. (*Rev. scientif.*, 17 janvier 1891.) — Rapport sur la méthode de Koch, sur le traitement de la tuberculose, par Queirel et Rietsch. (*Ann. de méd.*, 28 janvier 1891.) — Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par Baratoux. (*Rev. de laryg.*, 15 décembre.) — Du traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Dujardin-Beaumetz et Ley. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 décemdre.) — La méthode de Koch à Berlin, par Triaire. (*Gaz. des hôp.*, 9 décembre.) — Résultats actuels des inoculations de lymphe de Koch pratiquées sur les malades du service de Péan, par Audain, Sauvineau et Répin. (*Ibid.*) — La méthode de Koch, par Dujardin-Beaumetz. (*Ibid.*). — Sur la nature tuberculeuse du lupus et son traitement par la lymphe de Koch, par Leloir. (*Archiv. de phys.*, III, 1.) — De la lymphe curative de Koch en chirurgie, par E. Rochard. (*Arch. gén. de méd.*, février 1891.) — Tuberculose chez la vache, inoculation de lymphe de Koch, par Petit et Gautrelet. (*Soc. de méd. prat.*, 8 janvier 1891.) — Sur le remède de Koch contre la tuberculose , par Landouzy. (*Rev. de méd.* , décembre.) — — Du traitement de la tuberculose laryngée avec la lymphe de Koch, par Capart. (*La Clinique*, 1er janvier 1891.) — Réflexions sur la prétendue curabilité de la tuberculose par la méthode de Koch, par G. Piogey. (*La clinique franç.*, janvier 1891.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, leçons de Grasset et Estor. (In-8°, *Paris*, 1891.) — Sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, revue critique, par Gamaleia. (*Arch. de méd. expér.*, III, 2.) — Parallèle entre l'influence sur la tuberculose des injections par la méthode de Koch et des maladies infectieuses intercurrentes, par Pic. (*Province méd.*, 14 décembre.) — La découverte de Koch devant la presse médicale française et étrangère. (*J. de méd. Bordeaux*, 7 décembre.) — Sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Solles. (*Ibid.*, n° 22.) — Sur le vaccin chimique de la tuberculose dite lymphe de Koch, par Peyraud. (*Ibid.*, 8 mars.) — Injections de la lymphe de Koch dans le service de Picot, par de Sardac. (*Soc. d'anat. Bordeaux*, 12 janvier 1891.) — Traitement des tuberculeux externes par la méthode de Koch, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 17 janvier 1891.) — La méthode de Koch dans la tuberculose pulmonaire, par Castan. (*Montpellier méd.*, 1er février 1891.) — A propos de la lymphe de Koch, par Pic. (*Lyon méd.*, 21 décembre.) — Une sélection à faire parmi les justiciables de Koch, par Diday. (*Ibid.*, 21 décembre.) — De la lymphe de Koch dans la méningite tuberculeuse, par Poncet. (*Ibid.*, 4 janvier 1891.) — De la lymphe de Koch dans les polyadénites tuberculeuses, par A. Poncet. (*Ibid.*, 18 janvier 1891.) — Lymphe de Koch et streptocoque de l'érysipèle, par Pic. (*Ibid.*, 18 janvier.) — Tuberculeux traités par la méthode de Koch, par Pilatte. (*Marseille méd.*, 28 février 1891.) — Le traitement de Koch à l'hôpital d'Elbeuf, par Buffet. (*Normandie méd.*, 1er février 1891.) — La lymphe de Koch dans la tuberculose chirurgicale, par Cerné. (*Ibid.*, 15 février.) — Traitement de quelques phtisiques par la lymphe de Koch, par E. Muller. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er février 1891.) — Le traitement de Koch dans la tuberculose, par Masius. (*Ann. Soc. méd. Liège*, décembre.) — Communication sur la

tuberculose, par Delacroix. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, novembre.) — Sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Hayoit et Desguin. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IV, 11.) — Résultats des inoculations de lymphe de Koch faites à Middelderke, par Casse. (*Ibid.*, 27 décembre.) — La tuberculose et la méthode de Koch, par de Rechter. (*Presse méd. belge*, n° 50.) — Sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Ferrière. (*Rev. méd. Suisse romande*, n° 12.) — Effets de la lymphe de Koch sur les affections tuberculeuses, par Gilbert. (*Ibid.*) — Les premiers essais du traitement de Koch à la clinique médicale de l'Université de Genève, par Revilliod. (*Ibid.*, XI, 1.) — Résultats obtenus à l'Hôpital cantonal par l'emploi de la lymphe de Koch, par de Cérenville. (*Soc. vaudoise de méd.*, 9 novembre.) — Relevé des cas traités par la lymphe de Koch, par Kinnicutt. (*Med. News*, 20 décembre.) — Rapport préliminaire sur la lymphe de Koch, par Osler. (*Ibid.*) — Rapport sur 3 cas traités par la lymphe, par Bennett. (*Ibid.*) — Inoculation de lymphe de Koch à « hospital for ruptured and crippled » de New-York, par Mc Lane Hamilton et Gibney. (*Ibid.*, 20 décembre.) — Traitement de la tuberculose par le procédé de Koch à St Luke hospital, par Kinnicutt. (*Ibid.*, 27 décembre.) — *Idem*, par Osler. (*Ibid.*) — 21 cas traités par le procédé de Koch à Montefiore Home, par Baruch. (*Ibid.*) — La méthode de Koch à Asheville, par von Ruck. (*Ibid.*, 17 janvier 1891.) — La méthode de Koch, par Dixon. (*Ibid.*, 17 janvier.) — L'emploi de la lymphe chez seize enfants, par Wendt. (*Ibid.*) — Le traitement de Koch à Berlin, par Abbott. (*Ibid.*) — Sur un cas de lupus traité par la lymphe de Koch, par Lloyd et Stelwagon. (*Ibid.*, 24 janvier.) — Six cas de tuberculose traités par la lymphe, par Laplace. (*Ibid.*, 14 février.) — Traitement de Koch, par Laplace. (*Med. Bull. Philadelphie*, février 1891.) — Tuberculose, sa curabilité par la lymphe, par Macdonald. (*Abany med. Annals*, n° 12.) — Le traitement de Koch, par van Ruck. (*Therap. Gaz.*, 16 février 1891.) — La méthode de Koch à Berlin, par Loomis. (*N. York med. Record*, 27 décembre.) — Les dernières modifications du traitement de Koch à Berlin, par Smith. (*Ibid.*, 3 janvier 1891.) — Observations prises à New-York « Infant Asylum », par Wendt; à « St Francis hospital », par Shrady; à New-York « Cancer hospital », par Shrady (7 cas de cancer); à Bellevue hospital, par Loomis; à « Polyclinic hospital », par Heineman. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Le traitement par la lymphe à New-York « Mount Sinai hospital », par Jacobi et Heineman. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Observations de « St Joseph orphan asylum », par Wendt. (*Ibid.*) — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Koch, par Quimby. (*Ibid.*, 17 janvier.) — Cinq cas originaux de Koch, par Achorn. (*Ibid.*) — Inoculations avec la tuberculine, par Jacobi. (*Ibid.*, 28 février.) — Affection tuberculeuse articulaire traitée par la lymphe, par Myers. (*N. York Acad. of med.*, 19 décembre.) — Phtisie pulmonaire traitée par les inoculations de virus animal, lymphe vaccinale, par Tyndale. (*N. York med. journ.*, 29 novembre.) — Revue clinique sur la méthode de Koch à Berlin, par Stearns. (*Ibid.*, 27 décembre.) — Notes sur la lymphe de Koch, par Stickler. (*Ibid.*, 24 janvier 1891.) — De la lymphe de Koch comme réactif des tuberculoses chirurgicales, par A. Poncet. (*Lyon méd.*, 1er février 1891.) — Le traitement de la tuberculose par Koch; réflexions critiques sur sa nature, sa filiation, son mécanisme et ses indications, par Arloing. (*Ibid.*) — L'unité de la phtisie est-elle établie? Sur le traitement de la maladie par inoculation, par Gibbes. (*Boston med. journ.*, 25 décembre.) — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Dujardin-Beaumetz. (*Ibid.*, 1er janvier 1891.) — Le traitement de Koch à Boston, par Beach. (*Ibid.*, 8 janvier 1891.) — Le traitement de Koch dans la tu-

berculose, par Ernst. (*Ibid.*, 22 janvier.) — Le traitement de Koch, par Ersnt. (*Ibid.*, 29 janvier.) — Traitement de Koch pour la tuberculose, expériences à Londres. (*Brit. med. Journ.*, 6 décembre.) — Cas de phtisie traités par le procédé de Koch, par Hunter. (*Ibid.*, 13 décembre.) — Notes sur le traitement de Koch, par Burney Yeo. (*Ibid.*, 13 décembre.) — Impressions personnelles sur le traitement de Koch, note sur les cas traités à l'infirmerie royale d'Edimbourg, par Philip. (*Ibid.*) — Traitement de Koch, par William. (*Ibid.*, 20 décembre.) — Idem, par Cheyne, Heron et Sunderland. (*Ibid.*) — Le traitement de Koch, par Steven et Workman. (*Ibid.*, 3 janvier 1891.) — Lupus traité par la méthode de Koch, par Williams. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Lupus traité par la méthode de Koch, par Morris et Pringle. (*Ibid.*, 10 janvier.) — Impressions sur les résultats du traitement de Koch, par Eve. (*Lancet*, 29 novembre.) — Méthode de Koch pour la tuberculose, par Héron. (*Ibid.*, 6 décembre.) — Sur le traitement de la tuberculose, par Lister. (*Ibid.*, 13 décembre.) — Le traitement de Koch, par Whiteside Hime. (*Ibid.*, 14 février.) — Traitement de la tuberculose chez les cochons d'Inde par la lymphe, par Abraham et Crookshank. (*London path. Soc.*, 3 février.) — Obs. sur le traitement de Koch, par Philip. (*Journ. of laryng.*, janvier 1891.) — *Idem*, par Mac Intyre. (*Ibid.*) — Les affections laryngées, lupus et tuberculose, traitées par la méthode de Koch, par Michael. (*Ibid.*, janvier 1891.) Le traitement de Koch contre la tuberculose, par Birnbaum. (67 p., *Berlin.*) — *Idem*, par Bury. (*Med. Chronicle*, XIII, 3.) — Remarques sur quelques cas de phtisie traités par le procédé de Koch, par Squire (*London Harveian Soc.*, 8 janvier 1891.) — Le remède de Koch spécialement dans la phtisie de la gorge, par Lennox Browne. (In-8e, 114 p., *Londres.*) Manuel du traitement de Koch dans la tuberculose, par Grun et Severn. (In-8°, *Londres.*) — Le traitement de Koch, par Porter et Burgess. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 11 décembre.) — *Idem*, par Chadwick. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 5 décembre.) — La guérison de la tuberculose, procédé de Koch, par Wieger. (84 pages, *Neuwied.*) — Traitement de Koch dans le lupus, par Limont. (*Northumberland and Durham med. Soc.*, 8 janvier 1891.) — Le traitement de Koch, par Skerritt et Baron. (*Bristol med. chir. journ.*, décembre.) — Le traitement de la tuberculose, par Smith Shand. (*Aberdeen med. chir. Soc.*, 5 février 1891.) — Le traitement de Koch, par Boyd. (*Roy. acad. of med. in Ireland*, 30 janvier 1891.) — La méthode de Koch dans la tuberculose chirurgicale, par Nixon. (*Ibid.*, 23 janvier 1891.) — Le remède de Koch, le traitement de la phtisie, par Bridger. (*Londres*, 1891.) — Le remède de Koch pour la tuberculose, par Philip. (*Edinb. med. Journ.*, février 1891.) — Expériences sur la lymphe de Koch, par Baccelli. (*Riforma med.*, p. 1168 et suiv.) — Deux cas traités par la méthode de Koch, par Baum. (*Deut. med. Zeit.*, n° 103.) — Relevé des expériences sur le procédé de Koch, par de Bianchi. (*Riforma med.*, p. 1722.) — Le traitement antituberculeux de Koch, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, janvier 1891.) — Sur le traitement de Koch, par Mosler. (*Soc. de méd. Greifswald*, 6 décembre.) — Recherches, par Murri. (*Riforma med.*, p 1692.) — Le remède de Koch contre la tuberculose, par Rummo. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Cantani. (*Ibid.*, 10 décembre.) — Peptonurie consécutive au traitement de Koch, par Devoto. (*Ibid.*, 2 janvier 1891.) — La lymphe de Koch à la clinique de Gênes, par Maragliano. (*Ibid.*, 29 janvier.) — Modifications observées dans les bacilles tuberculeux pendant le traitement par la lymphe, par Pane. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Le traitement de Koch, par Cantani. (*Ibid.*, p. 1746.) — Expériences avec la lymphe de Koch dans un cas

de lupus, par Duse et Rini. (*Gaz. med. Lombard.*, 13 décembre.) — A propos du traitement antituberculeux de Koch, par Passerini. (*Gaz. d'ospit.*, n° 103.) — Le traitement de Koch pour la tuberculose, par Schivardi. (*Ibid.*, n° 103.) — Modifications du sang à la suite des injections de Koch, par Castellino. (*Ibid.*, n° 1, 1891.) — Modifications du sang à la suite d'injections de lymphe, par Castellino. (*Ibid.*, n° 1.) — La lymphe de Koch, par Maragliano. (*Ibid.*, n° 2.) — Résultats de deux autopsies de malades traités par la lymphe, par Schivardi. (*Ibid.*, n° 2.) — Recherches anatomo-pathologiques sur les effets de la lymphe, par Bassi. (*Ibid.*, n° 8.) — Le traitement de Koch, par Schivardi. (*Ibid.*, n° 5.) — Sur la contagiosité de la phtisie pulmonaire, observations cliniques, par F. Cimbali. (*Il Morgagni*, décembre.) — Emploi de la lymphe dans la tuberculose génitale chez la femme, par Bossi. (*Accad. di med. Torino*, 12 décembre.) — Résultats obtenus par les injections de la lymphe de Koch, par Bozzolo. (*Ibid.*, 19 décembre.) — *Idem*, par Forlanini. (*Ibid.*) — Le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch, par Forlanini. (*Il Policlinico, Turin*, I, 18.) — Le traitement de la tuberculose, procédé de Koch, par Semmola. (*Progresso med.*, 20 décembre.) — Sur la lymphe de Koch, par Grocco. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, II, 24.) — La lymphe de Koch dans la tuberculose cutanée, par Barduzzi. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXV, 4.) Rapport sur le nouveau traitement de la tuberculose, par Reale. (*Riv. clin. e terap.*, décembre.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Argento. (*Sicilia med.*, III, 1.) — Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par de Renzi, Cantani, Gallozzi, etc. (*Accad. med. di Napoli*, 25 janvier et *Riforma med.*, 28 janvier 1891.) — Le traitement de Koch pour la tuberculose laryngée, par Strazza. (*Bull. med. dell' orecchio*, IX, 1.) — Le bacille tuberculeux dans le sang des sujets traités par la lymphe, par Liebmann. (*Sperimentale*, n° 2, 1891.) — Résultats du traitement de Koch, par Souza Martins. (*Correio med. Lisbon.*, 1er février 1891.) — Le nouveau traitement de la tuberculose à l'hôpital Santa Cruz. (*Rev. de ciencias med. Barcelone*, XVII, 2.) — Remarques sur le traitement de Koch, par Burckhardt. (*Med. Corr. Wurtemb.*, n° 23.) — Études sur le traitement de Koch, par Zielewicz. (*Norving. lekarsk.*, n° 13.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par le procédé de Koch, par Jaruntowski. (*Ibid.*, n° 13.) — Modifications histologiques des tissus tuberculeux sous l'influence de la lymphe, par Browicz. (*Pzzeglad lekarski*, n° 51.) — Des phénomènes pulmonaires dans le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, par Surzycki. (*Ibid.*, n° 52.) — Quelques remarques sur l'action de la lymphe, en particulier dans la tuberculose pulmonaire, par Gluzinski. (*Ibid.*, n° 51.) — Les injections de Koch au point de vue dermatologique, par Schwimmer. (*Orvosi hetilap*, n° 1, 1891.) — Emploi de la lymphe dans la tuberculose laryngo-pulmonaire, par Irsai. (*Ibid.*, n° 3.) — Le traitement de Koch, par Makara. (*Gyogyaszat*, n° 48.) — Sur le traitement de la tuberculose par le procédé de Koch, par Meisels. (*Pester. med. chir. Presse*, n° 48.) — Idem, par Neumann. (*Ibid.*, n° 49.) — Des injections de Koch à l'hôpital de Nagy Karoly, par Aldor. (*Gyogyaszat*, n° 51.) — La méthode de Koch contre la tuberculose, par Szalardi. (*Ibid.*, n° 48.) — Le traitement de la tuberculose par la lymphe, par Holst. (*Norsk. mag. f. lägevid.*, n° 1, 1891. — Sur un cas de mort et un cas d'ophtalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch, par Hallopeau. (*Soc. de dermat.* 12 mars.) — Traitement de la laryngite tuberculeuse par la lymphe par Felici. (*Gaz. d'ospit.* n° 17, 1891.) *Idem* par Massini. (*Ibid.*, n° 18.) — Action de la lymphe sur la crase sanguine chez les tuberculeux, par Cacciamoli. (*Ibid.*, n° 17.) — Recherches sur la toxicité de l'urine des animaux, soumis à l'action de

la lymphe, récoltée à la fin de la période de réaction, par CANTIERI. (*Ibid.*, 8 février.) — Action de la lymphe sur la sécrétion rénale, par CANTU. (*Riforma med.*, 2 mars.) — L'urobilinurie dans le traitement de Koch, par CAVALLERO. (*Gaz. med. di Torino*, n° 4, 1891.) — *Idem* par AJELLO et SOLARO. (*Riforma med.*, n° 56, 1891.) — Quelques faits relatifs aux échanges matériels chez les sujets soumis au traitement de Koch, par CORONEDI et STENICO. (*Spérimentale*, 15 mars.)

La découverte de Koch, dont nous avons rendu compte dans le fascicule du 15 janvier (page 89), a suscité un si grand nombre de publications que l'analyse, même écourtée, de tous ces travaux accumulés serait, dans cette Revue, matériellement impossible. D'ailleurs, elle fatiguerait inutilement le lecteur. Aussi, croyons-nous devoir nous contenter d'écrire à grands traits, d'après les documents les plus importants, et sans revenir sur les faits exposés dans notre premier article, l'histoire de cette substance qui devait révolutionner le monde et dont la vogue a duré tout au plus quelques semaines : *La tuberculine de Koch.*

Je passerai successivement en revue son mode de préparation, son mode d'action sur l'organisme et spécialement sur les tissus envahis par la tuberculose (anatomie et physiologie pathologiques), les réactions générales qu'elle provoque, son influence sur les organes en particulier. J'étudierai enfin sa valeur au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical.

I

Koch s'est décidé, après une longue attente, à révéler le principe de sa lymphe. Il déclare que la tuberculine est un *extrait glycériné de cultures pures du bacille de la tuberculose*.

Voici comment il a été conduit à sa découverte : Une culture pure de bacilles tuberculeux étant inoculée à un cobaye sain, on voit se produire, du 10e au 14e jour, au siège de l'inoculation, un nodule induré qui s'ulcère, et l'ulcération persiste jusqu'à la mort de l'animal. Au contraire, chez le cobaye déjà *tuberculeux*, on voit, dès le premier ou le second jour, apparaître, non pas un nodule, mais une induration avec coloration foncée de la peau, laquelle s'étend à un demi centimètre ou un centimètre de la piqûre ; les jours suivants, la peau se nécrose et s'élimine, et l'ulcération consécutive guérit rapidement sans que les ganglions lymphatiques voisins soient intéressés. Ce résultat peut du reste être obtenu aussi bien à l'aide des bacilles privés de vie qu'avec les bacilles vivants.

D'autre part, Koch a constaté que les cultures pures de bacille tuberculeux, non vivantes, broyées et délayées dans l'eau, peuvent être injectées en quantités considérables sous la peau des cobayes sains sans provoquer autre chose qu'une suppuration locale. Le cobaye tuberculeux, au contraire, est tué en quelques heures par l'inoculation de faibles doses des mêmes cultures. Si l'animal survit, on voit la peau se

nécroser dans la région de l'injection. Si la solution employée est très faible, les injections renouvelées tous les 2 ou 3 jours déterminent une amélioration notable de l'état général, l'ulcération cutanée se cicatrise, les ganglions diminuent de volume; le processus morbide peut s'arrêter dans le cas où l'animal offre une résistance suffisante.

De là l'idée première du traitement de la tuberculose chez l'homme par l'inoculation de ces cultures. Mais les bacilles ainsi injectés ne disparaissent pas des foyers d'inoculation; ils y persistent sans mortification et y font naître des abcès. Il y a donc deux substances: l'une pyogène, peu soluble, qui reste attachée aux bacilles, l'autre soluble dans les humeurs. C'est cette dernière que Koch a qualifié de *curative*, et qu'il s'est efforcé d'isoler en dehors de l'organisme.

Après de nombreuses recherches, il a atteint le but proposé à l'aide d'une solution de glycérine à 40 ou 50 0/0. L'extrait simple des cultures pures contient, outre la substance active, tout ce qui peut se dissoudre dans la solution de glycérine à 50 0/0: sels minéraux, substances colorantes, substances extractives inconnues. On pourrait épurer cet extrait et obtenir, à l'état sec, une matière incolore contenant le principe actif, mais l'épuration n'offrirait aucun avantage, car les substances accessoires sont sans action sur l'organisme, et compliquerait seulement la préparation.

Quelle est la nature de la substance active? On ne peut faire que des hypothèses à cet égard. Ce n'est pas une toxalbumine, car elle supporte des températures élevées et traverse facilement la membrane du dialyseur; c'est probablement un dérivé des matières albuminoïdes.

Comme elle n'existe, dans l'extrait, qu'en très faible quantité (sa proportion est inférieure à 1 0/0), sa puissance d'action sur les organismes tuberculeux est incomparablement plus grande que celle des médicaments les plus énergiques.

II

Il s'agit là, Koch n'en doute pas, d'une action spécifique sur la tuberculose. Mais comment faut-il comprendre cette influence?

Koch pense que la substance active de sa lymphe tue, dans la tubercule, le protoplasma vivant des cellules et y détermine ce que Weigert désigne sous le nom de *nécrose de coagulation;* dès lors, les bacilles se trouvent dans des conditions de nutrition si défavorables qu'ils cessent de s'accroître et finissent même par mourir.

Comme il n'a pas réussi à atteindre directement le bacille lui-même, il se contente pour le moment de frapper les milieux où habite le bacille, et, la nécrose une fois produite, il espère favoriser la désagrégation des tissus mortifiés qui doivent se détacher et entraîner au loin le microorganisme.

Du reste la substance nécrosante que renferme la lymphe de Koch peut léser, même chez les sujets sains, certains éléments histologiques (peut-être les leucocytes) : de là les réactions caractéristiques et la

fièvre. Mais c'est chez les tuberculeux, c'est sur les tissus où vit le bacille, qu'elle manifeste le mieux son énergie destructive.

Telle est l'hypothèse de Koch. Avant de se prononcer sur la valeur de cette hypothèse, il était nécessaire d'étudier à l'aide du microscope les modifications intimes des tissus influencés par la tuberculine.

Parmi ceux-ci la peau s'offrait naturellement comme le premier champ d'investigations; d'ailleurs les tubercules du lupus ont l'avantage de présenter rarement la nécrose centrale qu'on observe dans les autres tuberculoses. Si cette nécrose existe, il faudra bien l'attribuer à l'injection de Koch.

Kromeyer a excisé pendant la période de réaction, 7 heures 1/2 après l'injection, un lambeau de lupus de la joue chez une femme de 29 ans. Voici ses résultats : A. Dans la peau saine qui entoure le tubercule lupique, infiltration de cellules rondes, cellules migratrices dans l'épiderme, inflammation aiguë périturberculeuse. B. Le tubercule lui-même est envahi par des cellules rondes distinctes des éléments propres du tubercule (coloration bleu noir par l'hématoxyline, présence de noyaux multiples) et constituant en réalité des cellules de pus. Ces cellules, très nombreuses à la périphérie, plus rares au centre, pouvant pénétrer dans le protoplasma des cellules géantes, proviennent des tissus environnants. Il y aurait donc d'abord inflammation périturberculeuse, puis suppuration secondaire du tubercule. Pas de nécrose immédiate et primitive, comme l'admet Koch.

Schimmelbusch a eu recours au même procédé de biopsie dans 30 cas de tuberculose cutanée ou muqueuse, et cela aux diverses périodes de la cure : A. Pendant la réaction consécutive à la première injection, irritation aiguë exsudative superficielle, comme celle que produirait un vésicatoire; pas de modification appréciable des tubercules, pas de nécrose. B. Au bout de deux ou trois jours, l'exsudat se résorbe partiellement. C. A la suite de plusieurs injections, les tubercules diminuent, leur masse est dissociée par des tractus de tissu conjonctif; pas de modifications de leurs cellules épithélioïdes ou géantes. D. A la suite d'un grand nombre d'injections (de 13 à 21), même absence de nécrose; au contraire, il y a parfois dans la zone épithélioïde des phénomènes de karyokinèse. E. Si l'on envisage les nodules ulcérés, on constate une infiltration leucocytique très abondante, une exsudation éliminatrice, mais là encore, la nécrose fait défaut.

Dans le larynx, Schimmelbusch a trouvé des tubercules pourvus de nombreuses cellules géantes et sans caséification.

Rindfleisch attribue à la lymphe de Koch la propriété de précipiter l'inflammation périturberculeuse, qui est habituellement lente, et de séparer brusquement les parties inhabiles à la transformation fibreuse de celles qui peuvent encore réaliser cette métamorphose. Son opinion ne repose du reste que sur l'examen d'un seul cas de tuberculose intestinale. Or, dans ce cas, les tubercules des couches profondes, non atteintes par l'ulcération, semblaient en voie d'organisation fibreuse; ils avaient un aspect clair, poreux, dû à la transformation des cellules épithélioïdes en éléments fusiformes formant des couches concentriques ou rayonnant vers le centre, et laissant entre elles des intervalles clairs; les cellules géantes étaient souvent sclérosées et pourvues de prolon-

gements brillants. Outre la sclérose des tubercules, Rindfleisch admet que la lymphe favorise la production de tissu cicatriciel sur les surfaces ulcérées.

Irsaï a constaté la dégénérescence graisseuse très avancée des plus petits nodules tuberculeux chez une femme morte 14 jours après la 9e injection.

Israël se rallie à la proposition de Koch. C'est également ce que fait Virchow. S'appuyant sur une vingtaine d'autopsies, cet auteur se montre disposé à admettre le processus nécrosique. Seulement il s'étonne de voir la nécrose épargner certains tubercules, d'une part les tubercules submiliaires, d'autre part certains tubercules volumineux, comme par exemple les tubercules solitaires du cerveau et du cervelet, au lieu de les frapper tous uniformément.

Or ce fait serait explicable, d'après Kromeyer, si l'on tient compte de la vascularisation particulière à chacune des variétés du granulome tuberculeux. Kromeyer distingue, à ce point de vue, trois formes : 1° tubercule miliaire dont la périphérie présente une infiltration de petites cellules, mais pas de vaisseaux, tubercule jeune, résistant à la lymphe de Koch dont la substance active est charriée avec le sang; 2° tubercule âgé, à centre caséeux, à enveloppe fibreuse, ne possédant plus de ceinture vasculaire, résistant également à la lymphe; 3° tubercule d'âge intermédiaire, entouré de vaisseaux néoformés qui lui forment une matrice nutritive (tubercule du lupus), influencé par la lymphe.

On peut admettre aussi que l'influence de la tuberculine, poison protoplasmique, varie avec l'état anatomique des cellules, atteigne plus aisément les cellules malades que les saines. Voilà pourquoi les cellules des lésions récentes, éléments encore sains, exigeraient des doses plus fortes de tuberculine que celles des lésions avancées. D'autre part, dans les foyers caséeux la matière ne serait pas susceptible d'être nécrosée et entraînée. Que si au contraire la tuberculine agit sur des cellules modérément altérées, elle les décompose, et c'est de là que proviendrait la substance qui produit l'inflammation exsudative et l'infiltration leucocytique.

Cette infiltration leucocytique, décrite déjà par Kromeyer, des tissus lésés et des nodules tuberculeux eux-mêmes est attribuée par Virchow à la prolifération opulente des cellules dans les ganglions lymphatiques, origine de la leucocytose. Jürgens admet, sans l'expliquer, la *leucocytose* due au traitement de Koch, car il a vu dans le foie, le rein, la rate des infiltrations rappelant celles de la leucémie. Cet auteur décrit aussi des proliférations cellulaires importantes dans la moelle des os.

D'après les faits exposés, il y a déjà à envisager deux choses principales :

1° L'*hyperémie pérituberculeuse* due à un poison qui agit sur les vaisseaux et sur les centres vaso-moteurs, suivie de l'*inflammation pérituberculeuse*, laquelle est admise par tous les auteurs (aux noms cités je puis ajouter ceux de Riehl, Jacobi, Browicz, etc.) ;

2° Les modifications intimes du tubercule lui-même qui peuvent être nulles ou presque nulles (Schimmelbusch) ou se rapporter à un des quatre types suivants :

A. Nécrose de coagulation (Koch, Israël, Virchow);

B. Infiltration leucocytique, suppuration (Kromeyer, Virchow, Jürgens);

C. Dégénérescence graisseuse (Irsaï);

D. Transformation fibreuse (Rindfleisch).

On peut donc interpréter sans peine la mortification, la séquestration et l'élimination des tubercules d'une part; d'autre part, leur guérison possible.

Mais ce serait méconnaître l'activité véritable de la tuberculine que de la localiser dans le cercle étroit du tubercule et des zones pérituberculeuses. Plus large est son champ d'action : elle atteint chez les phtisiques les *tissus préalablement indemnes de tuberculose.*

C'est ce qu'a mis en relief Virchow dans une communication retentissante à la Société de médecine berlinoise, le 7 janvier 1891. Après avoir montré la congestion et l'inflammation qui prédominent dans les tissus tuberculeux : rougeur de la couche granuleuse qui revêt la paroi interne des cavernes, infiltration hémorragique de cette paroi, congestion intense du cerveau et des méninges, prolifération active au bord des ulcérations du larynx et de l'intestin, processus irritatif aigu des ganglions lymphatiques, Virchow s'est attaché à décrire les réactions des tissus sains. Il a accordé une attention toute spéciale au parenchyme pulmonaire.

D'après lui, les lésions des régions non tuberculisées du poumon (*Injectionspneumonie*) peuvent se grouper en deux catégories :

A. L'une des formes correspond à la *pneumonie caséeuse*, ou mieux à l'*hépatisation caséeuse.*

B. L'autre offre des analogies avec la *pneumonie catarrhale*, mais présente un exsudat moins gélatineux, un exsudat aqueux et louche. Il y a là une sorte d'infiltration louche qui rappelle l'infiltration phlegmoneuse. Un poumon, étudié par Virchow, offrait cette lésion à la base tandis qu'au sommet existaient d'énormes cavernes.

D'ailleurs, l'hépatisation catarrhale peut coïncider dans un poumon avec la caséeuse. Autre particularité, elle peut se ramollir sur certains points et se creuser rapidement de ces cavernes qu'on n'observe habituellement que dans la broncho-pneumonie gangreneuse.

Fürbringer admet, comme Virchow, les infiltrations pneumoniques aiguës, particulièrement dangereuses chez les cachectiques.

La cause de ces désordres serait, d'après Virchow, la rapidité et l'énergie du processus nécrosique ; les escarres ne pouvant être rejetées au dehors, il y aurait rétention et résorption des matières nocives, d'où pneumonie *par aspiration.* Dans l'intestin, cette nécrose rapide peut aboutir à la perforation.

Ce n'est pas encore tout ; un nouveau problème a surgi : Virchow se demande si la lymphe de Koch n'a pas suscité, à côté de ces lésions non spécifiques, des poussées tuberculeuses véritables. Il a observé, en effet, dans la plèvre, l'épicarde, le péritoine, l'intestin, une variété de tubercules qu'on considère habituellement comme des néoplasies extrêmement jeunes, les *tubercules submiliaires ;* de plus ces tubercules étaient toujours intacts, non mortifiés, même après un traitement prolongé pendant des semaines. Il rapproche ces constatations de ce qu'on a vu sur la muqueuse laryngée, où de petits tubercules apparaissent en des points

jusque-là indemnes, et en conclut que ces néoformations spécifiques sont attribuables à la dissémination des bacilles, lesquels, d'après Koch lui-même, résistent à l'action de la lymphe. On conçoit que la diapédèse abondante des cellules migratrices, dans la phlogose péritu-berculeuse, favorise cette dissémination (Arloing).

D'ailleurs la fréquence de la tuberculose miliaire aiguë dans les autopsies des sujets inoculés n'a pas été proclamée par lui seul. Weber (de Halle), Fürbringer, Irsaï, Jürgens, Bardenheuer, Hansemann et d'autres ont accepté, après observation personnelle, les conclusions de Virchow.

Liebmann a même été plus loin que ces auteurs; il a affirmé la présence des bacilles dans le sang à la suite des injections; or Guttmann et Ehrlich, examinant le sang de 29 sujets inoculés, n'ont pas trouvé une seule fois les bacilles. Une telle assertion était donc prématurée.

Du reste, l'histologie n'a pas le pouvoir de résoudre tous les problèmes. Ici, comme dans une foule d'autres circonstances, il y a des principes infectieux qui échappent aux investigations les plus minutieuses. Aussi ne sommes-nous pas en mesure d'expliquer l'action spécifique de la tuberculine. Contentons-nous de supposer que la toxine de Koch trouble l'équilibre instable dans lequel se trouve l'organisme des phtisiques, ou que cet organisme a perdu le pouvoir de la détruire tandis que ce pouvoir appartient à l'organisme sain, ou encore que la tuberculine n'agit que par sa combinaison avec une autre toxine particulière aux phtisiques (Gamaleia).

III

La connaissance des faits d'anatomie et de physiologie pathologiques que je viens d'exposer éclairera d'une vive lumière l'étude clinique des réactions chez les phtisiques.

La *réaction générale* ne débute habituellement qu'après la réaction locale.

Avant d'en décrire les caractères, je dirai qu'elle peut faire totalement défaut, même chez les phtisiques confirmés, et cela dans deux circonstances bien distinctes, suivant que l'on s'adresse à un tuberculeux *réfractaire* ou à un tuberculeux *accoutumé*.

Il y a des phtisiques réfractaires : ce fait a une grande importance, puisqu'il peut fixer déjà notre opinion sur la valeur séméiologique des réactions de Koch. Avant d'admettre définitivement l'immunité des tuberculeux, il sera bon d'avoir recours à l'artifice de Leichtenstern : cet auteur, ayant pratiqué vainement une série d'inoculations et ne se tenant pas pour battu, eut l'idée d'interrompre le traitement pendant quelques jours; à la reprise, il obtint des réactions positives.

L'accoutumance des tuberculeux, admise par presque tous les observateurs, est niée par Rosenbach, qui lui oppose l'action *cumulative* du médicament; car il a vu qu'en mettant un faible intervalle entre deux injections on pouvait obtenir après la seconde une réaction plus vive et surtout plus durable. L'accoutumance paraît d'autant mieux ac-

quise qu'on emploie des doses plus fortes et plus répétées. On reconnaîtra qu'elle prive le traitement de Koch de sa base rationnelle, puisque par elle la présence des tubercules cesse d'être un motif absolu de réaction (Koch prétendait que le défaut de réaction démontrait la guérison complète des tubercules).

Quoi qu'il en soit, les médecins désireux d'appliquer la méthode de Koch devront utiliser la notion de l'accoutumance pour supprimer la réaction générale; ils éviteront ainsi les dangers que j'énumérerai plus loin, et cela sans compromettre le succès de la cure, puisque, d'après Ehrlich, Stricker, Koch lui-même, les réactions sur les organes peuvent avoir toute leur efficacité sans que la réaction générale intervienne.

L'intensité de la réaction générale chez les phtisiques dépend de plusieurs facteurs. D'abord elle paraît plus considérable chez les femmes et les enfants que chez les hommes; d'autre part elle est subordonnée à la prédisposition individuelle de chaque sujet. Elle dépend de la dose injectée, de l'intervalle mis entre les injections, du moment de la journée où l'injection est faite. Rosenbach remarque que les injections faites le soir déterminent des réactions moins fortes, plus tardives et plus brèves que celles du matin, parce que la fièvre qui en résulte se produit au moment où l'organisme se prête le moins aux élévations de température.

Elle dépend aussi de la lésion et plus encore (Korach) de la nature des tubercules existants. On sait que Virchow, Hansemann, Ribbert, Baumgarten, admettent la non-réaction des foyers récents. Auerbach, F. Wolff, F. Schultze, soutiennent que la réaction, faible dans les tuberculoses anciennes, fibreuses, même très étendues, est forte dans les tuberculoses récentes. Rosenbach affirme au contraire que les phtisiques avancés ont des réactions plus fortes.

On comprend que les variétés de réaction soient nombreuses et qu'on en ait pu multiplier les types. Voici les principaux :

Réaction à type *décroissant;*

Réaction *croissante;*

Réaction *retardée* (début au bout de 10 heures ou plus) due aux doses faibles ou à l'absence du tissu fibreux protégeant les foyers tuberculeux (Auerbach). Elle peut n'apparaître qu'après une série d'injections;

Réaction *prolongée* (durant plus de 10 ou 15 heures), pouvant se produire soit après le début normal, soit après le début retardé. Quand la fièvre ne disparaît pas régulièrement, dit Sonnenburg, il faut admettre la rétention des produits morbides mis en liberté par le traitement. Elle est intermittente, ou rémittente, ou continue. Auerbach l'a vue durer 7 jours, Leichtenstern 10 jours.

Quand elle s'établit définitivement, on doit admettre l'extension ou la dissémination des lésions tuberculeuses. C'est à cette variété qu'il faut rapporter la fièvre hectique observée par Schede et Lazarus, et la fièvre symptomatique de la tuberculose miliaire aiguë.

Il faut distinguer de la fièvre réactionnelle prolongée la *fièvre secondaire* (Nachfieber) survenant après cessation complète de la réaction thérapeutique, sans inoculation nouvelle. On l'attribue à une infection secondaire de l'économie non plus par les bacilles tuberculeux, mais

par d'autres microbes, tels que le pneumocoque, le staphylocoque, le streptocoque, dont la pullulation est favorisée par la tuberculine.

Je ne décrirai pas la réaction générale dont les traits principaux se trouvent déjà dans le premier travail de Koch. Je rappellerai seulement que le phénomène le plus important est la *fièvre ;* la température dépasse souvent 41°. Deux auteurs seulement ont signalé *l'hypothermie :* W. Ebstein a noté une fois 35°,8 après l'injection, en même temps que l'arythmie cardiaque. Rosenbach a vu l'hypothermie précéder la fièvre. Citons à ce propos les trois cas de Leichtenstern, dans lesquels les inoculations ont fait disparaître la fièvre qui existait antérieurement.

Il y a, dans la réaction générale, des *incidents* et des *accidents*. Parmi les incidents, le frisson, les vomissements, l'ictère, les exanthèmes, l'herpès des lèvres, les ulcérations aphteuses (non tuberculeuses) de la langue et des lèvres, la tuméfaction de la rate, le gonflement douloureux (rare) du corps thyroïde, la tachycardie, l'arythmie du cœur, l'accélération respiratoire, la sensation de constriction thoracique. On peut y joindre l'albuminurie, la peptonurie, notée 33 fois par Koehler dans la période fébrile. Cette peptonurie semble indépendante de la fièvre et des autres phénomènes de réaction. Comme elle peut se produire chez des sujets non tuberculeux, Koehler la considère comme un phénomène d'intoxication. Pendant la cure, Bäumler a noté plusieurs fois la réaction diazoïque de l'urine ; une fois au contraire elle a disparu sous l'influence des injections.

Dans le groupe des accidents, je placerai le malaise, l'angoisse indéfinissable de certains inoculés, l'angine de poitrine, le délire, les hémorragies : hémoptysies, hémorragies intestinales, hématurie (Litten, Cuffer) avec cylindres (Cornil), l'endocardite (Hallopeau), et surtout le collapsus passager ou mortel, le coma (un malade de Rumpf a succombé en offrant l'aspect du coma diabétique).

La mort rapide, spécialement chez les phtisiques avancés et chez les enfants en imminence de tuberculose généralisée ou de tuberculose des méninges, n'a pas été rare.

Si l'on se contentait de lire les observations des principaux auteurs allemands, on n'aurait qu'une idée imparfaite des graves inconvénients, des dangers indiscutables de la réaction générale ; on accepterait peut-être même la déclaration de Kurz, qui soutient qu'après tout la tuberculine ne cause pas de désordres plus graves que certaines injections de morphine.

A cet optimisme, il faut opposer les protestations éloquentes de M. Besnier : « Ce que mon tableau synoptique est impuissant à rendre, ce que nulle lecture ne saurait faire bien comprendre, ce que je m'étonne de voir, dans tant de publications, exposer d'un cœur léger, ce sont les souffrances cruelles que beaucoup de nos malades ont éprouvées. Ceux qui ont pénétré dans nos salles un jour d'inoculation en série, six à huit heures après l'injection, quand le traitement ne portait pas sur des sujets déjà arrivés à la période de tolérance, n'oublieront jamais ce spectacle, et s'il est un médecin qui, ayant soumis lui-même ses malades à ces épreuves douloureuses, ait contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation. »

Écoutons encore Hallopeau : « Ceux de nos malades qui ont réagi

avec intensité ont, contrairement à la proposition de Koch, accusé pour la plupart les sensations les plus pénibles, un abattement profond, des douleurs dans les membres, etc., et cela pendant plusieurs jours; ces sensations se sont produites aussi chez des malades qui ne présentaient qu'une réaction d'intensité moyenne; plusieurs malades sont restés dans un état d'anémie très prononcé. »

Chez les tuberculeux qui ont résisté au traitement, les accidents éloignés peuvent être l'affaiblissement général, l'anémie du cerveau, certaines psychoses.

IV

J'aborde l'étude des *réactions locales* chez les tuberculeux.

Peau. — C'est sur les déterminations cutanées de la tuberculose (la nature tuberculeuse du lupus étant considérée comme démontrée) qu'ont porté les premières recherches de Koch. Le terrain était bien choisi : accessible à la vue, doué de réflexes vaso-moteurs particulièrement intenses, se prêtant, en conséquence, d'une façon merveilleuse à l'irritation réactionnelle. Je ne reviendrai pas sur les résultats annoncés par Koch. Ces résultats ont été confirmés par un grand nombre de médecins; plusieurs même, non contents d'enregistrer l'amélioration habituelle des lupus qu'ils ont traités, signalent des cas de *guérison complète*. Tel est le fait de Köhler où les îlots néoformés présentent des orifices glandulaires et des petits poils; tel le fait d'Esmarch où la peau n'offre plus que de la rougeur et où l'on voit des petits poils à la surface du lupus; tel le cas de Schede où les nodules lupiques sont remplacés par des cicatrices roses et lisses.

Ce sont là des cures exceptionnelles. En réalité, si l'on a pu reconnaître à la lymphe de Koch une influence cicatrisante rapide sur des ulcérations étendues et rebelles (Thibierge), on sait actuellement que les lésions profondes, les nodules profonds du lupus résistent même à un traitement prolongé (plus de deux mois), à l'accumulation de doses considérables de tuberculine (Schwimmer, von Bergmann, Besnier, Schimmelbusch). Les guérisons obtenues sont donc plus apparentes que réelles : aussi Kaposi déclare-t-il que la tuberculine ne peut guérir le lupus.

Je dirai plus : même si l'on évite, en usant de doses faibles, de provoquer les grandes nécroses que Koch a déterminées chez les premiers lupiques, quand il a injecté des doses massives de tuberculine, on peut cependant communiquer au processus local une impulsion défavorable : c'est ainsi qu'Helferich a vu surgir des nodules lupiques jusqu'alors latents; que Schede a vu, dans un cas de tuberculose de la joue, de nouveaux ganglions se tuméfier après chaque injection, témoins de la diffusion des bacilles; que Schimmelbusch a constaté des poussées de nodules récents à toutes les périodes de la cure, même après deux mois de traitement; que Kaposi a vu des aggravations de la maladie.

Voici, du reste, les conclusions de l'important travail de Besnier : « Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans

toutes les variétés de la tuberculose lupique, la tuberculine de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés. Très notable dans les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les variétés fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, scléreuses, fibreuses; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave, dont toutes les variétés sont sèches et fermées. Elle peut être accrue par l'emploi simultané de tous les procédés qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément. Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison, dans l'immense majorité des cas; elle n'est ni supérieure, ni même égale dans ses résultats aux procédés de traitement ordinaires dont nous disposons actuellement. »

Voici encore le résumé de la belle étude de Hallopeau, qui, comme celle de Besnier, mériterait d'être citée tout entière : « Il résulte des faits exposés que nos conclusions relatives à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses locales doivent être presque complètement négatives. » Et les deux médecins de l'hôpital Saint-Louis s'accordent pour déclarer qu'ils se refuseront désormais à continuer les expériences.

Muqueuses buccale, pharyngée, nasale. — Le lupus des muqueuses suppure en général d'une façon active à la suite des injections (Esmarch). On a signalé quelques résultats favorables : Leuhartz a vu un lupus de la gorge s'améliorer; Thost déclare qu'une ulcération tuberculeuse de la langue est en voie de guérison à la suite d'une seule injection d'un milligramme; une ulcération tuberculeuse de la muqueuse buccale traitée par deux injections a guéri presque complètement sous les yeux de Schede. Par contre, on a vu des ulcérations non tuberculeuses de la langue et des lèvres consécutives aux injections.

Larynx. — Les réactions du larynx des phtisiques sont comparables à celles de la peau et des muqueuses supérieures. D'après B. Frænkel, elles débutent avant la réaction générale. Œdème, rougeur, inflammation, surtout au bord des ulcérations, nécrose pouvant aboutir à des pertes de substance considérables, beaucoup plus importantes à l'autopsie qu'on ne pouvait le soupçonner pendant la vie (Schimmelbusch), caséification aiguë des nodules tuberculeux (B. Frænkel); tels sont les phénomènes observés chez les phtisiques. La cicatrisation des ulcérations produites par la lymphe de Koch est signalée par plusieurs laryngologistes; Thost déclare les résultats satisfaisants et rapides; Lublinski soutient que l'amélioration est constante; Lenzmann publie un cas de guérison complète en 22 jours chez un homme de 40 ans, traité préalablement par le curetage et l'acide lactique; un cas de Renvers est favorable.

Mais il faut savoir que la lymphe de Koch fait surgir parfois des nodules qui sont ou des tubercules latents, ignorés avant le début de la cure, ou des tubercules néoformés, ainsi que l'admet Virchow. Chez deux malades de Gerhardt, par exemple, la tuberculose du larynx ne s'est révélée qu'à la suite des injections. Dans les autopsies, on voit parfois des tubercules miliaires du larynx à côté d'ulcérations anciennes (Virchow).

Le gonflement des parties molles a pour conséquence une dyspnée souvent intense, dangereuse surtout quand il y a de la périchondrite concomitante. Cependant la trachéotomie a pu être évitée dans tous les cas de laryngite tuberculeuse vulgaire. Elle n'a été nécessaire que chez un malade d'Alsberg atteint de lupus du larynx. Les troubles de la déglutition sont signalés par J. Michael.

Trachée. — Virchow a constaté dans une autopsie de vastes ulcérations trachéales étendues jusqu'à l'origine des bronches. Jürgens a vu également des ulcérations étendues et profondes.

Poumons. — Le parenchyme pulmonaire est le grand champ de bataille des bacilles. J'ai parlé des assauts qu'ont eu à y subir les régions tuberculisées et aussi les parties considérées comme saines avant le traitement de Koch. Je ne reviendrai pas sur la congestion, l'hypérémie, l'*Injectionspneumonie* de Virchow, etc., désirant m'en tenir ici à l'exposé des symptômes cliniques.

Les premiers phénomènes signalés après l'injection sont la dyspnée, l'anxiété respiratoire, l'exaspération de la toux, l'apparition des crachats, si l'expectoration faisait défaut, ou la modification des crachats.

Ceux-ci, en effet, augmentent, cessent d'être purulents pour devenir muco-purulents puis muqueux ou séreux. Stiller a constaté trois fois la survenue de fibres élastiques.

Les bacilles apparaissent (Irsaï), plus souvent ils se multiplient, parfois ils subissent des modifications : sectionnés en trois ou quatre parties et uniformément rapetissés (Kaatzer), armés de massues à leurs extrémités, rassemblés en amas, granuleux, cassants, parfois longs et minces (A. Frænkel), d'aspect moniliforme (Rosenbach), susceptibles de devenir violets par la fuchsine et le bleu de méthylène (Rumpf). Dans un cas de Rumpf, ils ont disparu.

Les hémoptysies ne sont pas rares (Czerny, Ewald, Rumpf). D'après Fürbringer, l'hémoptysie préexistante ne constitue pas une contre-indication à la cure de Koch; chez deux de ses malades, en effet, elle a cessé après la première ou la seconde injection.

Les modifications de l'expectoration marchent de pair avec celles des signes physiques : matité, râles fins révélant les poussées congestives et le catarrhe pulmonaire dans des régions jusqu'alors indemnes (von Noorden, F. Schultze, Czerny, etc.); gros râles remplaçant les râles fins ou les craquements dans les parties déjà tenues pour lésées; souffle bronchique (Kleinwächter); gargouillement, signes d'excavations (Ewald). Ajoutons-y les symptômes de broncho-pneumonie et même de broncho-pneumonie mortelle (Cuffer), et signalons le cas de Stiller où la broncho-pneumonie s'est affirmée par les crachats rouillés et les pneumocoques.

L'orage étant déchaîné, il ne faut pas désespérer de le voir s'apaiser au bout de quelques jours, si l'organisme résiste; l'accalmie peut être marquée par la diminution des crachats et des bacilles, l'atténuation des signes physiques et l'amélioration de l'état général. B. Frænkel affirme que l'état général s'améliore au bout de deux semaines chez la plupart des inoculés. Korach publie un cas de pseudo-guérison en 32 jours. Schultze note deux cas d'amélioration surprenante. Ewald a vu les signes

d'auscultation s'atténuer assez vite, mais la matité persister, de sorte qu'il ne peut admettre la guérison complète.

A côté des cas favorables, combien de résultats nuls et même mauvais ! Je n'insiste pas.

C'est encore la tuberculose du poumon qu'a visée, dans une tentative audacieuse, le chirurgien Sonnenburg, quand il a entrepris de combiner le traitement de Koch avec l'incision large des cavernes, après incision du premier espace intercostal et résection partielle de la première côte. Il a opéré cinq phtisiques ; un d'entre eux n'ayant pas d'adhérences pleurales au niveau de sa caverne a succombé assez rapidement, grâce au pneumothorax traumatique ; sur les quatre autres, il a obtenu *trois guérisons* (?).

Or l'intervention de la lymphe de Koch est intéressante à étudier dans ces faits. La caverne étant ouverte, elle s'agrandit bientôt spontanément, mais les injections de Koch sont nécessaires pour déterminer la fusion des cavernules avec l'excavation principale, la fonte et l'élimination des masses caséeuses ; c'est ainsi qu'on voit les parois se nettoyer, devenir roses puis rouges, se couvrir de granulations bourgeonnantes et enfin se cicatriser définitivement, tandis que les crachats diminuent, deviennent muqueux, et que l'état général s'améliore (un des opérés a gagné quatre livres). Comparativement, dans le cas où l'incision de la caverne n'a pas été suivie d'injection de Koch, les tissus mortifiés ont conservé l'aspect sale qu'ils ont dans les autopsies ; il n'y a eu ni bourgeonnement, ni cicatrisation.

Plèvre. — Les frottements pleuraux ont été signalés plusieurs fois dans le cours du traitement (A. Frænkel, von Noorden). La pleurésie hémorragique a été vue par Jürgens et Virchow, la séro-purulente par plusieurs auteurs. Dans un cas de Virchow, la fonte des tubercules sous-pleuraux a déterminé un pneumo-thorax. Plusieurs fois Virchow a signalé les tubercules miliaires de la plèvre sur le cadavre. Un sujet n'ayant que de la pleurésie exsudative unilatérale avec un bon état général a succombé quinze jours après la dernière injection ; on a trouvé, outre l'induration ancienne des deux sommets, de la tuberculose miliaire.

Cœur. — J'ai signalé les phénomènes cardiaques à propos de la réaction générale. Hallopeau a vu se produire une endocardite à la suite des injections.

Péricarde. — Les tubercules miliaires et submiliaires du péricarde ont été signalés par Virchow.

Estomac. — La tuberculose gastrique est fort rare. A l'autopsie d'un phtisique avancé, Jürgens a vu, au voisinage d'un ulcère rond, simple, classique, des ulcérations tuberculeuses multiples, ainsi que des tubercules miliaires dans les tuniques muqueuse et sous-muqueuse.

Intestin. — La diarrhée simple ou sanguinolente a succédé aux injections. Dans les autopsies, on a noté sur certains points la destruction presque complète de la paroi intestinale, la perforation consécutive à la fonte des tubercules (B. Fränkel). D'autre part, il y a des cas favorables. Virchow a vu les ulcérations très nombreuses, chez un sujet, en voie de

guérison; dans un cas de Guttmann, *toutes* les ulcérations (iléon, rectum) étaient cicatrisées. Les tubercules miliaires ont été vus souvent sur le cadavre.

Billroth a pu, grâce à la réaction produite, diagnostiquer une typhlite tuberculeuse dans un cas où l'on avait songé jusqu'alors au carcinome.

Foie. — Rate. — Je ne reviens ni sur l'infiltration leucocytique décrite par Jürgens, ni sur les tubercules miliaires constatés par plusieurs auteurs. On a signalé souvent la tuméfaction de la rate à la suite des injections.

Péritoine. — S'il faut en croire Bardenheuer, la seule tuberculose encapsulée et profonde qui ait donné de bons résultats est celle du péritoine, parce que cette séreuse offre une vaste surface de résorption aux exsudats et aux tissus nécrosés. On peut dire aussi qu'elle constitue un magnifique champ de culture et y prévoir la pullulation des tubercules miliaires (Virchow). La combinaison du traitement chirurgical avec la cure de Koch a hâté la terminaison fatale chez un opéré de Sonnenburg.

Rein. — Vessie. — Urètre. — J'ai signalé l'albuminurie réactionnelle, l'hématurie, les cylindres trouvés dans l'urine. La tuberculose du rein et de la vessie a été exaspérée par les injections; il y a eu, avec l'hématurie, des douleurs vives (Schede).

W. Ebstein a traité, sans obtenir d'amélioration, une ulcération tuberculeuse de l'urètre. Les tentatives de Guyon ont été tout aussi infructueuses.

Rien de spécial à ajouter au point de vue de la tuberculose miliaire qui envahit le rein comme les autres organes.

Cerveau. — Méninges. — Dans tous les cas de méningite tuberculeuse traités, la mort a été rapide; aussi Poncet propose-t-il la trépanation préventive. Rappelons l'hypérémie intense du cerveau et des méninges qui résulte des injections, et la fréquence des granulations miliaires.

Ganglions lymphatiques. — La réaction des ganglions tuberculeux qui a paru très vive dans les premières observations s'est manifestée presque constamment. On a vu surgir assez souvent, à la suite des injections, des ganglions qui, jusque-là, n'avaient pas attiré l'attention. Sonnenburg considère l'action sur les ganglions comme lente. Parfois le traitement amène la diminution des masses ganglionnaires (Poncet). Quand les ganglions sont ouverts, il favorise l'élimination des tissus mortifiés, mais alors il est bon de combiner le curetage avec les injections de lymphe.

Système osseux. — Il est difficile, malgré les réactions vives des tuberculoses osseuses, d'obtenir des résultats favorables sans intervenir chirurgicalement. Bardenheuer, par exemple, n'a pas vu une seule guérison par les injections seules. Il faut citer cependant quelques cas heureux. Alsberg signale l'amélioration d'une carie sternale, l'occlusion d'une fistule ossifluente du dos; Helferich a vu une fistule ossifluente s'oblitérer après deux injections.

Articulations. — Ici, comme dans les autres variétés de tuberculoses chirurgicales, le traitement réussit surtout quand les tissus peuvent s'éliminer au dehors, soit spontanément, soit avec l'aide du bistouri. Pourtant, on a vu des coxalgies s'améliorer (Helferich), une hydropisie tuberculeuse du genou guérir (F. Israël); des fistules articulaires observées par Schede étaient en voie de cicatrisation.

Lindner a constaté, malgré d'énormes lésions du bassin et de la hanche, la faiblesse de la réaction générale. Il admet que les tuberculoses ostéo-articulaires, même sans réaction générale, s'améliorent habituellement sous l'influence des injections. Les chirurgiens allemands se louent, pour la plupart, des résultats obtenus. Mais où est, même chez eux, l'enthousiasme de la première heure ?

Œil. — Plusieurs résultats intéressants : Albrand a vu guérir des tubercules de la conjonctive après tuméfaction préalable. Un ulcère tuberculeux de la cornée traité par Schwann a guéri après six injections, chez une fille de neuf ans. Plusieurs ulcères de la cornée ont guéri, d'après Königshöfer et Maschke. Dans tous les cas de ces auteurs, la réaction locale est vive : irritation, suppuration conjonctivale, phlyctènes; les parties malades de la cornée tombent, les ulcères se nettoient, la cicatrisation est rapide, les opacités disparaissent.

Oreille. — Brieger a vu se tarir une suppuration de l'oreille moyenne.

Capsules surrénales. — Lenhartz, ayant obtenu des réactions nettes après chacune des sept premières injections chez un homme de 23 ans, atteint de maladie d'Addison, en conclut que ce sujet est réellement atteint de tuberculose surrénale. Après la huitième injection, pas de réaction. L'état général du malade s'améliore.

Corps thyroïde. — Leichtenstern a signalé la tuméfaction douloureuse de cet organe.

V

Les réactions positives *chez les sujets non tuberculeux* seront ici brièvement exposées.

Dans la *lèpre*, Babes et Kalendero déclarent qu'il faut une dose de lymphe supérieure à celle qu'on emploie chez les tuberculeux; la fièvre débute 12 ou 24 heures après l'injection et reparaît plusieurs jours de suite. La réaction locale se manifeste au bout de quelques jours. Arning a vu la fièvre se produire dans un cas de lèpre tubéreuse et manquer chez deux sujets atteints de lèpre anesthésique. Maes a noté une élévation de température (41°,4) dans un cas de lèpre tubéreuse sans réaction locale, mais avec de la diarrhée. Les taches d'une lèpre maculeuse se sont transformées, sous les yeux de Kaposi, en tubérosités.

Dans deux cas de *lupus érythémateux*, Schwimmer a observé la fièvre sans réaction locale. Arning a vu également la réaction locale manquer chez deux malades, mais l'un a eu une fièvre vive avec albuminurie, l'autre

un érythème scarlatiniforme. Kaposi a vu, dans un cas, la réaction locale très intense.

Le *psoriasis vulgaire*, la *syphilis*, l'*épithélioma* ont fourni des résultats variables.

La *pleurésie hémorragique* et la *gangrène du poumon* sans bacilles n'ont pas été modifiées, mais les sujets ont eu de la réaction fébrile (Schultze).

Dans un cas de *rein amyloïde* chez un sujet relativement bien portant, la mort a été la conséquence de l'injection de 0.001 milligramme (Ewald).

L'*actinomycose*, chez un malade traité par Billroth, a été modifiée d'une façon si heureuse que ce chirurgien est tenté d'attribuer à la lymphe de Koch une action spécifique sur le champignon actinomycosique.

VI

La valeur de la méthode de Koch au point de vue du *diagnostic* et du *traitement* de la tuberculose est désormais facile à apprécier.

Il est prouvé que si la lymphe a une influence spéciale, spécifique même si l'on veut, sur le nodule tuberculeux, elle peut cependant chez les phtisiques ne déterminer ni réaction générale ni réaction locale. Par contre, elle provoque des réactions, surtout des réactions générales, chez un certain nombre de sujets non tuberculeux.

Elle ne constitue donc pas le moyen de diagnostic infaillible que préconisaient les premiers observateurs.

Est-il encore permis de discuter sérieusement à cette heure la valeur thérapeutique de la lymphe de Koch ?

J'ai fait la part large, autant que possible, aux améliorations et aux guérisons revendiquées par les défenseurs de la méthode, lesquels semblaient devoir se recruter surtout dans les rangs de chirurgiens.

Mais il fallait bien mettre en regard d'abord les innombrables insuccès de la cure, ensuite les accidents de la réaction générale, les lésions diverses suscitées par le remède, les poussées tuberculeuses inattendues, le coup de fouet donné aux bacilles, la généralisation des tubercules miliaires, la tempête déchaînée, sans merci, dans l'organisme des phtisiques, les catastrophes, hélas! multipliées.

Donc la cause est entendue. La tuberculine doit quitter l'officine du pharmacien pour retourner au laboratoire d'où elle était sortie prématurément.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1890.

A

Abcès. — Évacuation par le vagin d'un abcès du psoas ou lombaire, par Ketch. (*N. York acad. of med.*, 21 novembre.) — Abcès situé derrière le côlon ascendant, par Eisenlohr. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 966.) — Abcès osseux de la région coccygienne précédé par une coccygodynie pendant de longs mois, par Favre. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 653.) — Traitement des abcès froids, par Caird. (*Edinb. med. journ.*, septembre.)

Abdomen. — La chirurgie abdominale moderne, par Spencer Wells. (*Brit. med. j.*, 20 décembre.) — Plaie pénétrante de l'abdomen, guérison, par Bottez. (*Bull. soc. méd. Jassy*, IV, 4.) — Plaie pénétrante de l'abdomen. Coup de couteau. Hémorragie. Laparotomie. Guérison, par Routier. (*Bullet. Soc. chir.*, XVI, p. 726.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par couteau ; danger d'hémorragie interne. Laparotomie une heure après la blessure. Guérison, par A. Koehler. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 décembre.) — Un cas de réduction de l'estomac étranglé dans une plaie pénétrante de l'abdomen, par Baratinsky. (*Roussk. med.*, 38.) — Deux cas de plaie abdominale par empalement, 1 mort, 1 guérison, par Madelung. (*Deut. med. Woch.*, n° 1, p. 4.) — Les indications de l'intervention dans les plaies de l'abdomen par armes à feu. (*N. York med record*, p. 345, septembre.) — Diagnostic des tumeurs de l'abdomen, par Skliffassowsky. (*Revue gén. de clin.*, n° 44, p. 697.) — Le traitement chirurgical des tumeurs abdominales non pédiculées, par Marcy. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 novembre.) — Des tumeurs malignes de l'ombilic, par Neveu. (*Thèse de Paris*, 11 décembre.) — Du fibrome de la paroi abdominale, par Lange. (27 p., *Tubingue.*) — A propos des souffles artériels abdominaux, par A. Rovighi. (*Riforma med.*, 20 septembre.)

Accouchement. — La maternité de l'hôpital St-Louis du 1er janvier 1883 au 1er juillet 1889, par Grossier. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — Statistique décroissante de la mortalité puerpérale de 1886 à 1889 dans les maternités russes, par Slawjansky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 739, 11 août.) — La policlinique d'accouchements d'A. Martin en 1889, par Orthmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 654.) — Manuel d'obstétrique de Carl Schroeder. 11e édition, revue par R. Olshausen et J. Veit. (*Bonn.*) — Les sages-femmes doivent-elles être supprimées ou mieux instruites, par Aveling. (*Brit. med. j.*, 22 novembre.) — La législation des sages-femmes et la possibilité de pratiquer d'une façon indépendante, par Rentoul.

(*Ibid.*) — Quelle influence aurait sur les conditions sociale et biologique de la race une science obstétricale plus perfectionnée, par Carroll. (*N. York med. journ.*, 13 décembre.) — Le mannequin dans l'enseignement de l'obstétrique, par Edgar. (*N. York med. journ.*, 27 décembre.) — Observations d'obstétrique et de gynécologie, par V. Lauro. (*Riforma medica*, 7 octobre.) — De l'antisepsie pendant l'accouchement, par Bokelmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 779, 25 août.) — Du terme-position en obstétrique, par Hart. (*Edinb. med. journ.*, septembre.) — Causes de rotation de la tête fœtale autour de l'axe pelvien, par Schatz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 25 août.) — Mécanisme anormal de l'accouchement dans un cas de bassin plat, par Gloeckner et Olshausen (Engagement de la suture sagittale dans le diamètre pelvien antéro-postérieur). (*Ibid.*, p. 805, 1er septembre.) — De l'examen et du régime des femmes enceintes et des accouchées, par Theodor Landau. (*Ibid.*, p. 745, 18 août.) — L'angle utéro-vaginal, son influence sur le mécanisme du travail, par Rutherford. (*Americ. journ. of obst.*, décembre.) — Palper mensurateur, par Le Ludennec. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Rupture des membranes vingt-cinq jours avant la naissance d'un enfant vivant, par Egan. (*N. York med. record.*, 25 octobre.) — Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par Toledo. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance, par Vigouroux. (*Thèse de Paris*, 26 novembre.) — Conduite en cas de présentation du sommet avec petite fontanelle en arrière, par Léopold Meyer (Application de forceps après avoir amené la fontanelle en avant). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 858, 15 septembre.) — Accouchement spontané dans un bassin rétréci; engagement du pariétal antérieur le premier, par Chaleix. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Accouchement chez une primipare sans douleurs vives et à l'insu de la parturiente, par Brunon. (*Journ. méd. Rouen*, 20 juillet.) — Rapports de certains diamètres de la tête du fœtus avec ceux de la mère, par Skalkowski. (*Arch. für Gyn.*, XXXVIII, 3.) — Mutations multiples de présentation avant et pendant le travail, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Accouchement prématuré provoqué par une évolution fœtale, placenta marginal et cordon très court, par Marx. (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 décembre.) — De la folie chez les nouvelles accouchées, par Faure. (*Thèse de Lyon.*) — De l'accouchement précipité, par Strassmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 968.) — Des ruptures des sinus vaginaux pendant l'accouchement (colporrhexis de Gugenberger), par A. Garine. (*Wratch.*, 44, 46.) — Du nettoyage de l'utérus et des dangers de l'ergot de seigle après la délivrance, par Mme Gaches-Sarraute. (*Gaz. des hôp.*, 21 octobre.) — Quelques nouveaux cas d'incisions profondes du col ou du périnée en obstétrique, par Duhrssen. (*Therap. Monats*, n° 5.) — Dystocie causée par des tumeurs ovariques fixées dans le petit bassin, par Lower. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 529.) — Primipare, grossesse gémellaire, hydramnios, accouchement prématuré spontané à 7 mois et demi, présentation du sommet en O. i. g. t. pour le premier enfant, du siège décomplété, mode des fesses en S. i. g. pour le deuxième, délivrance naturelle, brièveté du cordon du deuxième enfant, ouverture du deuxième œuf dans le premier, placentas séparés, caduque unique enveloppant les 2 œufs, par Araud. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Application de forceps sur la tête dernière, par Chaleix. (*Rev. gén. de clin.*, n° 49, p. 786.) — Sur l'emploi du forceps à traction dans l'axe, par Nagel. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 2.) — Méthode d'application du forceps, par Fry. (*Americ. journ. of obst.*, décembre.) — Sur un cas rare de dystocie fœtale (rétention d'urine avec absence des organes génitaux externes chez un fœtus mâle), par O. Morisani. (*Riforma medica*, 18 novembre.) — Pu-

tréfaction intra-utérine pendant la vie du fœtus, par SCHUHL. (*Revue méd. de l'Est*, n° 24.) — Sur l'ossification incomplète de la tête comme cause de mort du fœtus dans le cours de l'accouchement, par L. BOSSI. (*Riforma med.*, 3 novembre.) — Voies et moyens de l'asepsie obstétricale, par CAMILLE FURST. (*Stuttgart.*) — L'antisepsie dans la policlinique obstétricale et dans la pratique des sages-femmes, par H.-W. FREUND. (*Berlin.*)

Acide. — La transformation de quelques acides de la série oxalique dans l'organisme, par MARFORI. (*Ann. di chim.*, novembre.)

Acné. — De l'acnitis ou d'une variété spéciale de folliculites et périfolliculites généralisées et disséminées, par BARTHÉLEMY. (*Ann. de Dermat.*, II, 1.) — De l'acnitis et de la folliculis, variétés distinctes de folliculites généralisées, par BARTHÉLEMY et de SAINT-GERMAIN. (*Soc. de Dermat.*, 11 décembre.) — Acné varioliforme, par ARNING. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 459.) — Traitement de l'acné par l'eau chaude à l'aide d'un appareil spécial, par LEVISEUR. (*N. York med. record.*, p. 235, septembre.)

Acromégalie. — Un cas d'acromégalie, par RENNER. (*Vereinsb. der pfälzisch. Aerste*, n° 8.) — Un cas d'acromégalie à début récent, par G. GUINON. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, n° 4, p. 160.) — Acromégalie à début précoce, par SURMONT. (*Ibid.*, n° 4, p. 147.) — De l'acromégalie, par MARCIGUEY. (*Rev. gén. de clin.*, n° 43, p. 683.) — Note sur un cas d'acromégalie probablement congénitale, par CÉNAS. (*Loire méd.*, 15 décembre.) — Cas d'acromégalie, par C. GERHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 décembre.) Une maladie nouvelle, l'acromégalie, par SOUZA LEITE. (*Rev. scientif.*, 27 décembre.)

Actinomycose. — Théorie de l'actinomycose, 9 cas chez l'homme, par BARACZ. (*Przeglad lekarski*, p. 237.) — Actinomycose du poumon et du cœur, par PALTAUF. (*Soc. de méd. de Vienne*, 13 juin.) — Actinomycose chez l'homme, par ZEHNDER. (*Münsch. med. Woch.*, 30 septembre.) — Actinomycose chez l'homme, par CARL KOCH. (*Ibid.*, 11 novembre.) — De l'actinomycose chez l'homme et chez les animaux, par SCHNEIDEMUHL. (*Ibid.*, 16 septembre.) — Etude sur la culture de l'actinomycose, par PROTOPOPOFF et TRAEMER. (*Zeit. f. Heilk.*, XI.)

Addison (Mal. d'). — Maladie d'Addison, par SPIRACOFF. (*Soc. anat.*, 18 juillet.) — Maladie d'Addison, par SCHWALZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 804.)

Adénome. — Adénome des glandes de Bartholin, par COEN. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 3.)

Albumine. — Action de la glycérine sur l'albumine d'œuf, par GRANDIS. (*Rendic. accad. di Lincei*, VI, 4, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Globuline cristalline, globuloses vitelloses, par CHITTENDEN et HARTWELL. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — Contribution à la physiologie de l'absorption albumineuse et à l'étude des peptones, par R. NEUMEISTER. (*Zeitch. für Biologie*, XXVII, p. 309.) — Sur l'albumine de Harnack (libre de cendres), par BR. WERIGO. (*Archiv. f. ges. Phys.*, XLVIII, p. 127.) — Préparation et emploi des peptones, par DENAYER. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Des produits de décomposition de l'albumine et leurs rapports avec la formation des matières colorantes dans le corps animal, par M. NENCKI. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.)

Albuminurie. — Traité clinique de l'albuminurie, physiologie, thérapeutique, par SENATOR. (*Edit. franç.*, in-8°, *Paris.*) — De l'albuminurie chez les phtisiques, par LE NOIR. (*Thèse de Paris*, 16 décembre.)

Alcool. — L'alcool est-il un aliment? par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 11.)

Alcoolisme. — Recherches expérimentales sur l'alcoolisme aigu et chronique, par Afanassiew. (*Beitraege zu pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 3.) — Des principaux signes cliniques de l'absinthisme, par Magnan. (*Revue d'hyg.*, XII, 909, octobre.) — Symptomatologie du delirium tremens, par Aschaffenburg. (Broch. *Tubingue.*) — De la dégénérescence intellectuelle chez les alcooliques, par Leppmann et Wille. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — La phtisie des alcooliques, par Dejean de la Batie. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — Paralysies alcooliques, par Carpentier. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — Des accidents produits par les boissons renfermant des essences : absinthe, amer Picon, vulnéraire, etc., par Lancereaux. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 23 décembre.)

Aliénation. — Les produits des échanges matériels dans l'aliénation mentale. par Christiani. (*La Psichiatria*, VIII, 1 et 2.) — Travail mental et échanges matériels, par Marro. (*Ibid.*) — Une famille de dégénérés névropathiques, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 27 novembre.) — Des altérations vasculaires dans la démence paralytique, par Ranniger. (*Tubingue.*) — Le sommeil simulé chez les aliénés, par Ballet. (*Gaz. des hôp.*, 27 novembre.) — Recherches sur la paranoia hallucinatrice produite par la cocaïne, par Detlefsen. (In-8°, *Tubingue.*) — De la paranoia primaire et secondaire, par Scholinus. (In-8°, *Tubingue.*) — Les mélancoliques anxieux, par Chastenet. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Mélancolie avec prédominance des idées de jalousie maritale, par Adloff. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LIII, 102, juillet.) — De certaines illusions sensorielles chez les mélancoliques et les maniaques, par Cramer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 780, 25 août.) — Sur la résistance électrique dans la mélancolie, par Vigouroux. (*Thèse de Paris*, 6 déc.) — Sur la résistance électrique du cerveau et sa valeur pronostique dans la mélancolie, par Sollier. (*France méd.*, 5 décembre.) — Un cas de manie suivi d'hyperesthésie et d'ostéomalacie, par Howden. (*Glasgow med. journ.*, octobre.) — Pathogénie de la folie circulaire, par Schubert. (*Neurol. centralb.*, n° 15.) — Persécutés, persécuteurs, par Magnan. (*Progrès méd.*, 15 novembre.) — Des exhibitionnistes, par Magnan. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 152, août.) — La folie à deux, par Kröner. (In-8°, *Tubingue.*) — Sur les aliénés dangereux dits criminels, par Friot. (*Thèse de Bordeaux.*) — Troubles des fonctions végétatives chez les aliénés, par Régis. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 décembre.) — Le rôle des experts en cas de troubles mentaux, par A. Leppmann. (*Berlin.*) — Du sulfonal chez les aliénés, par Roubinovitch. (*Progrès médical*, 1er novembre.) — Du traitement méthodique de l'aliénation mentale par le sulfonal, par Vorster. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVII, 1.) — Le traitement des aliénés par séjour au lit, par Clemens Neisser. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 863, 22 septembre.) — Action de l'hyoscine dans les maladies mentales, par Serger. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVII, 3.)

Aliment. — L'hygiène alimentaire dans la thérapeutique des maladies, par Scohy. (In-8°, *Louvain.*) — De l'alimentation artificielle, par Escherich. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 1 et 2.) — L'alimentation publique en temps de guerre et d'épidémie, par Forster. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 831, 8 septembre.) — Des progrès faits dans la préparation culinaire des aliments, par Else Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 831, 8 septembre.) — Utilisation du beurre, de la margarine et du pain de seigle dans l'intestin de l'homme, par Hultgren et Landergren. (*Skandin. Archiv. für Phys.*, II, p. 273.) — Nouvelles expériences sur le régime alimentaire des détenus,

par KROHNE et LEPPMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 688, 28 juillet.) — Le café torréfié, en grains, factice, par LUDOVIC JAMMES. (*Revue d'hyg.*, XII, 1044, décembre.) — Des lavements alimentaires, par ARMIN HUBER. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte,* 15 novembre.)

Amputation. — 400 cas d'amputation pratiqués à St-Georges's hospital, de 1874 à 1888, par DENT et BULL. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 359.) — Lésions du système nerveux après les amputations, par E.-A. HOMEN. (*Beitraege zur pathol. Anat. Ziegler*, VIII, 2.) — Nouveau procédé de désarticulation de l'épaule, par FELIZET, rapport par SEGOND. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 793.) — Ablation du membre supérieur pour un ostéochondrome, par CHAVASSES. (*Med. chir. trans.*, LXXIII, p. 81.) — Obs. pour servir au parallèle de la désarticulation sous-astragalienne et de l'amputation de Pirogoff, par JABOULAY. (*Province méd.*, 15 novembre.) — Amputation sous-astragalienne du pied droit et amputation de Pirogoff, par JABOULAY. (*Lyon méd.*, 30 novembre.) — Amputation malléolaire conservatrice des tissus sains, par ROSE. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — Double amputation primitive et simultanée des membres inférieurs, par MEIGS. (*Boston med. journ.*, 25 décembre.) — Amputation astragalienne avec régénération nerveuse spontanée, par ROSE. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.)

Amnios. — Pathogénie des brides de l'amnios, par KUESTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 25 août.)

Amygdale. — La nature des amygdales et du tissu lymphoïde du pharynx, par COLLIER. (*Journ. of laryng.*, décembre.) — Les amygdales comme produits pathologiques, par WOOLEN. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 6 décembre.) — Recherches sur les rapports de l'amygdalite avec les centres cérébro-spinaux, par PARKE. (*N. York med. journ.*, 26 juillet.) — Traitement de l'amygdalite aiguë, par HEHIR. (*Indian med. Gaz.*, novembre.) — De l'hypertrophie des amygdales. Traitement, par WOOD. (*Tri-state med. Assoc.*, 14 octobre.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales par le galvano-cautère, par BOTEY. (*Rev. de ciencias med. Barcelona*, 25 mai.) — Lymphadénome de l'amygdale, par FRANKS. (*Brit. laring. Assoc.*, 28 novembre.) — Carcinome primitif de l'amygdale droite, par SCHMIT. (*Courrier méd.*, 17 mai.) — Nouveau tonsillotome, par TREITEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 898, 29 septembre.)

Amyloïde. — Sur la réaction de la substance amyloïde, par GRANDIS et CARBONE. (*Giorn. acad. di med. Torino*, n° 7, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.)

Anatomie. — L'anatomie des maîtres, par M. DUVAL et BICAL. (In-4° avec pl., *Paris.*) — Anatomie artistique. Description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements, par PAUL RICHER. (2 vol., 350 pl., *Paris.*) — Démonstrations d'anatomie, par ELLIS (11e édit., *Londres.* — Anatomie descriptive et chirurgicale, par HENRY GRAY. (12e édit., *Londres.*) — Manuel de technique anotomique, par AGUILERA. (*Madrid.*) — L'anatomie pathologique, son but et sa méthode, par STILLING. (*Rev. scientif.*, 20 décembre.)

Anémie. — De l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique dans l'anémie et la chlorose, par THEODOR ROSENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 741, 18 août.) — L'état du cœur dans l'anémie, cause du souffle pulmonaire, par HANDFORD. (*Amer. journ. of med. sc.*, décembre.) — Traitement des anémies, par LAACHE. (*Wien. klin. Woch.*, n° 38.) — Des injections d'eau salée dans

l'anémie grave. Un cas observé à l'hôpital Beaujon. Guérison, par Cartier. (*Union méd.*, 18 septembre.)

Anesthésie. — Leçon sur la commission d'Hyderabab et l'adresse de Wood sur l'anesthésie, par Lawrie. (*Lancet,* 29 novembre.) — A propos du travail de Kocher sur l'anesthésie chirurgicale, par F. Dumont. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte,* 1er octobre.) — Observations cliniques sur la respiration pendant l'anesthésie, sur les causes d'embarras de la respiration, par Hewitt. (*Royal med. and chir. soc.*, 9 décembre.) — De l'anesthésie, son emploi en obstétrique, par Bissien. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 21.) — De l'anesthésie dans l'accouchement, par Berczeller. (*Gyogyaszat*, n° 22.) — Des anesthésiques, par H. Wood. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 786, 25 août.) — De l'administration du chloroforme, par Baxton. (*Lancet*, 13 décembre.) — De l'anesthésie par le chloroforme, par Lauder Brunton. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Discussion sur les anesthésiques : 1° Action des anesthésiques sur la respiration et l'appareil circulatoire, par J. Coats ; 2° Valeur relative des différents anesthésiques, par Henderson ; 3° De l'éther comme anesthésique, par Hartley ; 3° La syncope du chloroforme, par R. Kirk ; 5° Vingt-cinq années d'expériences sur les anesthésiques, par Macleod ; 6° Des anesthésiques dans l'accouchement, par Reid ; 7° Le protoxyde d'hydrogène, la cocaïne et autres anesthésiques, par Fleming ; 8° Les causes de mort par le chloroforme, par Beatson ; 9° Les divers anesthésiques et principalement le méthylène, par Turner ; 10° Note, par Cameron ; 11° Note, par Renlop. (*Glasgow med. journ.*, novembre et décembre.) — Doit-on se servir pour l'anesthésie du chloroforme ou au contraire d'éther? par H. Kronecker et Cushny. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte.* 15 novembre.) — Effets du chloroforme sur l'organisme, par Pohl. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Sur un nouveau procédé d'anesthésie, par Reynier. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 546.) — Deux cas de mort par le chloroforme. Autopsie, par Knowles. (*Lancet,* 13 décembre.) — Discussion à la société médico-pharmaceutique de Berne sur la cause de la mort dans la chloroformisation. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Avantages de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par Wyss. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerste*, 15 octobre.) — Accidents locaux produits par les injections de cocaïne, par Bousquet. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 297.) — Cocaïne pour le traitement de l'ongle incarné, par Domville. (*South. West. branch. of Brit. med. Ass.*, 17 octobre.) — Anesthésie par la cocaïne, son application en chirurgie générale en injections hypodermiques, par Manley. (*Boston med. journ.*, 13 novembre.) — Le chlorhydrate de cocaïne et les dentistes, par Bouchard. (In-8° 23 p., *Lille.*)

Anévrisme. — Anévrisme aortique avec respiration de Cheyne-Stokes et état variable du pouls, par A. Huber. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er août.) — Des anévrismes diffus de l'aorte et particulièrement des anévrismes diffus thoraciques, par Petrovitch. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Diagnostic différentiel des anévrismes de l'aorte, par Dresdner. (29 p., *Tubingue.*) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, par Hammond. (*N. York med. journ.*, 15 novembre.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, ligature de la carotide primitive gauche, mort 2 mois plus tard, par Harris. (*London clin. soc.*, 14 novembre.) — Anévrisme de l'aorte descendante accusé uniquement par une névralgie intercostale jusque 1 mois avant la mort, par Brasch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 878, 22 septembre.) — Anévrisme de l'aorte abdominale, par Bonel. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Anévrisme de l'aorte abdominale, par Rash. (*Münch. med. Woch.*, 14 octobre.) — Rupture d'une tumeur anévrismale de l'aorte, par Rauzier.

(*Revue gén. de clinique*, n° 37.) — Anévrisme cirsoïde de l'occiput, par Karewski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 853, 15 septembre.) — Un cas d'anévrisme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive droite, par Richter. (29 p., *Tubingue.*) — Anévrisme axillaire, ligature de la sous-clavière, guérison, manie aiguë consécutive, mort d'hémorragie pulmonaire, par Rundle. (*Brit. med. journ.*, 13 décembre.) — Anévrisme spontané de la fémorale droite, par Salvia. (*Progresso med.*, 20 juillet.) — Anévrisme fémoral diffus, ligature de l'iliaque externe, guérison, par Macnamara. (*Lancet*, 20 décembre.) — De la ligature des artères poplitées pour l'anévrisme du creux poplité, par Bowlby. (*Brit. med. journ.*, 29 novembre.) — Un cas d'anévrisme de la tibiale postérieure, par Schmidt. (23 p., *Tubingue.*)

Angine. — A propos du traitement des angines aiguës (salol), par Capart. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IV, 12.) — L'angine de poitrine tabagique, par E. Colas. (*Revue gén. de clinique*, n° 34, p. 543.) — Trochisques de nitroglycérine dans l'angine de poitrine, par Lihenfeld senior. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.)

Angiome. — Nævus maternus, angiome et vaccination, par Mensinga. (*Int. klin. Rundschau*, n° 18.) — Ablation d'un large nævus thoracique, par Briddon. (*N. York med. journ.*, 10 mai.) — L'électrolyse dans la cure des tumeurs érectiles et des nævi materni, par Larat. (*Rev. d'hyg. thérap.*, décembre.)

Anthrax. — Anthrax. Myélite infectieuse consécutive. Névrite. Arthrite coxo-fémorale suppurée secondaire, par Fortin. (*Normandie méd.*, 15 novembre.)

Anus. — De la réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale, par Surel. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.) — Vice de conformation anorectal, par Bottey. (*Bull. soc. méd. de Jassy*, p. 114.) — Un cas de blessure de la vessie et du rectum par l'anus, par N. Dachniewsky. (*Rouss. Med.*, 41.) — Incontinence des matières fécales, par Cnopf. (*Münch. med. Woch.*, 30 décembre.) — Traitement de l'anus contre nature accidentel par l'entérectomie, par Thiriar. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 novembre.) — De l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum, par Schwartz. (*Revue gén de clin.*, n° 42, p. 665.)

Aorte. — Deux cas d'atrésie de l'aorte, par G. Martens. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 2.) — Rétrécissement congénital de l'aorte descendante à sa partie supérieure vers l'abouchement du canal artériel, par Laboulbène et Claisse. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 décembre.)

Appareil. — Modèles et appareils pour la démonstration physiologique, par Fr. Kuhnen. (*Zeits für Biologie*, XXVII, p. 418.) — Appareil aspirateur-injecteur d'un nouveau modèle, par François. (*Bull. méd. du Nord*, n° 24.) — Nouvelle seringue hypodermique avec piston mobile en caoutchouc durci et cylindre de verre gradué, par George Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 décembre.) — Du choix et de l'entretien des seringues hypodermiques, étui isolateur et rallonge des seringues de Pravaz, par Delage. (*Bull. gén. de thér.*, 30 décembre.) — Appareil pour ausculter la percussion, par Seaman. (*N. York med. record*, p. 65, juillet.) — Aiguille crochet à sutures, par Larger. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 540.) — Speculum auto-fixateur, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Appareils en rotang pour fractures. Trépan et aiguilles de suture, par De Mooy. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 479.)

Artère. — Recherches expérimentales sur le processus de réparation des plaies longitudinales des artères, par Burci. (*Atti. soc. Toscana di sc. nat.*, XI.) — Rupture partielle de la sous-clavière droite avec séparation des tuniques moyenne et interne, par Bowlby. (*London path. soc.*, 18 novembre.) — Rupture de l'artère axillaire, ligature, désarticulation de l'épaule, guérison, par Rawdon. (*Lancet*, 27 décembre.) — De la prolifération endothéliale des artères, par C.-L. Pekelhearing. (*Beitraege zur pathol. Anat. Ziegler*, VIII.) — La tuberculose des artères, par Ely. (*N. York med. record*, p. 657, 14 décembre.) — Les maladies de l'hypertension artérielle, par Huchard. (*Revue gén. de clinique*, n° 36.) — Rétrécissement généralisé du système artériel, par Renault et De Trouville. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 décembre.) — Du développement de l'athérome, par Torok. (*Gyogyaszat*, n° 35.)

Articulation. — Arthrite chronique, extraction de plusieurs centaines d'artrophites, arthrotomie, par Blanke et Desguin. (*Ann. soc. méd. Anvers*, novembre.) — Structures des corps articulaires, par Frank. (In-8°, *Tubingue*.) — Corps étranger du genou d'origine traumatique, par Sabatier. (*Lyon méd.*, 14 décembre.) — Extirpation des corps étrangers du genou, par Schuller. (*Deut. med. Woch.*, n° 32.) — Deux cas de corps libres des articulations, par J. Baumann. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Corps articulaires du genou, par Roussel. (*Bull. soc. anat.*, 24 octobre.) — Trois arthrotomies pour corps articulaires, par Baron. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Quelques cas de tuberculose de jointures, par Jacobson. (*N. York med. record*, p. 320, septembre.) — Altérations chroniques des articulations, par Hartley. (*N. York med. j.*, 13 décembre.) — La simultanéité des lésions du genou et de la hanche sur le même membre, par Sayre. (*Ibid.*, 13 décembre.) — Quelques lésions articulaires : 1° ostéochondrite disséquante ; 2° subluxation du ménisque du genou ; 3° lipome arborescent du genou, par Riedel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Scapulo-tuberculose gauche. Résection de la tête humérale. Grattage de la cavité glénoïde. Rétrécissement absolu des fonctions du membre, par Gérard-Marchant. (*Bullet. soc. de chirurgie*, XVI, p. 761.) — Deux cas d'arthrite non traumatique du poignet accompagnée de parésie musculaire et d'insensibilité (périnévrites chroniques), guérison par l'électricité, par Weissenbach. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 604, septembre.) — Traitement des arthrites tuberculeuses par les injections d'iodoforme, par Krause. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Blessures articulaires des extrémités supérieures (12 obs.), par Ch. Bennett. (*Med. News*, p. 543, 22 novembre.) — Trois cas d'arthrodèse des articulations tibio-tarsienne et de Chopart, par Lange. (*N. York surg. soc.*, 12 novembre.) — Traitement opératoire de la coxalgie congénitale, par Hoffa. (*Sitzungsber. der physik. medicin. Gesellsch zu Würzburg*, p. 140.) — Traitement de la coxalgie, par Forgue. (*Montpellier méd.*, 16 décembre.) — Le traitement opératoire des maladies de la hanche, par Willard. (*Trans. amer. orthop. Ass.*, II, p. 134.) — Des principes du traitement mécanique des affections de la hanche, par Shaffer. (*Trans. Americ. orthop. ass.*, II, p. 94.) — Arthrodèse (ankylose provoquée) des 2 cous-de-pied pour vacillement articulaire dû à une paralysie infantile, par Kroenlein. (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 430.) — Discussion du congrès international de Berlin sur l'arthrodèse ou opération d'Albert. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 septembre.) — L'arthrectomie et la résection du genou, par Richelot. (*Mercredi méd.*, 3 décembre.) — Ankylose rectiligne du coude, par Kirmisson. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 521.) — Nouveau procédé d'opération de l'ankylose coudée, par Helferich. (*Arch. f. klin. Chir.*,

XLI, 2.) — Cas d'arthroplastie, par Gluck. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.)

Asthme. — Cancer et traitement de l'asthme, par Havilland Hall. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — De l'asthme essentiel chez les névropathes, par Brissaud. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Traitement de l'asthme par la strychnine et l'atropine en injections hypodermiques, par Mays. (*Med. and surg. Reporter*, n° 15.)

Autoplastie. — Autoplastie après l'extirpation du cancer de la commissure labiale, par Gans. (27 p., *Tubingue.*) — Transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté à la jambe droite sur l'extrémité d'un moignon conique de la jambe gauche par la méthode italienne modifiée, par Berger. (*Bull. soc. de chir.*, XVI, p. 436.) — Cheiloplastie par la méthode italienne, par Berger. (*Ibid.*, XVI, p. 679.)

Avortement. — Formation d'un segment inférieur de l'utérus même en cas d'avortement, par Brosin, Olshausen et Veit. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 805, septembre.) — Traitement de l'avortement, par Winter (l'abandon de la caduque vraie est inoffensif). (*Ibid.*, p. 857, 15 septembre.) — Avortement provoqué dans un cas de néphrite gravidique, par Léon Gautier. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 695.) — Des hémorragies utérines comme indication de l'avortement provoqué, par Graefe. (*Münch. med. Woch.*, 16 décembre.)

B

Bactériologie. — L'étude de la bactériologie en médecine, par Billings. (*West. med. reporter*, p. 165.) — Introduction à l'étude de la bactériologie (technique microscopique), par Carl Günther. (*Leipzig.*) — Mode d'action des bactéries sur le corps humain, par A. Dubler. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Quelques mots de technique bactériologique, par W. Prausnitz. (*Münch. med. Woch.*, 2 décembre.) — Sur les recherches bactériologiques, par Koch. (*Gaz. des hôp.*, 29 novembre.) — L'influence de la température sur l'action microbicide de la lumière, par Santori. (*Bull. Accad. med. di Roma*, XVI, 6.) — Étude des flagelles des bactéries, classification proposée, par Messea. (*Riv. d'igiene*, I, 14.) — Étude des fermentations bactériques, par Gosio et Sclaro. (*Ibid.*, n° 12.) — Action de la lumière sur les microbes, revue par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 12.) — De l'influence de l'ozone sur le développement des bactéries, par W. Wyssokowicz. (*Mitt. Brehmer's Heilanstalt f. Lungenkranke in Gorbersdorf.*) — Microorganismes et leucocytes, par Hunt. (*N. York med. record.*, 4 octobre.) — Un ballon plat (bidon modifié) pour les cultures, par Petruschky. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 20.) — Sur le pouvoir antitoxique de l'organisme animal, par Gamaleia. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.) — Sur le poison du proteus vulgaris, par Carbone. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 24.) — De la protéine des bactéries et de son influence sur l'inflammation et la suppuration, par Buchner. (*Cent. f. Chir.*, 13 décembre.) — Un nouveau microorganisme de l'eau pathogène pour les animaux à température variable et à température constante, par Sanarelli. (*Riforma med.*, 11 décembre.) — Du pus bleu et du bacille pyocyanique, par Marthen. (In-8°, *Tubingue.*) — Signes fonctionnels de lésions encéphaliques multipliées chez le lapin à la suite de la maladie

pyocyanique, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 22 novembre.) — Propriétés pyogéniques du pneumocoque de Frænkel, par Hagler. (*Fortschritte der Medicin*, n° 10, p. 365.) — Sur le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth, par G. Muscatello. (*Riforma med.*, 24 septembre.) — Nouveaux travaux sur l'immunité ou la guérison chez les animaux de l'infection par le charbon, le tétanos et la diphtérie, par Lœffler. (*Cent. f. Bakt.*, IX, 1.) — Concurrence vitale entre les bactéries de la putréfaction et celles du charbon et de la fièvre typhoïde, par Fazio. (*Riv. int. d'igiene*, I, 10.) — Sur l'antagonisme entre les bacilles du charbon et ceux du pus bleu, par Blagovestchensky. (*Ann. inst. Pasteur*, IV, 11.) — Sur un antiseptique gazeux; son action sur la bactérie pyogène de l'infection urinaire, par Chabrié. (*Acad. des sc.*, 17 novembre.) — Sur le bactérium maydis et sur l'action toxique de la farine de maïs altérée par lui, par Bordoni-Uffreduzzi et S. Ottolenghi. (*Giorn. Accad. di Medic.*, *Torino*, juillet.)

Bain. — Influence des bains aromatiques (à 28° R.) sur l'échange azoté et l'assimilation de l'azote, par A. Voskresensky. (*Wratch*, 44.) — Un bain d'air surchauffé. Température de 95° centigrades supportée pendant 35 minutes, par Magnant. (*Revue méd. de l'Est*, n° 17.) — Contribution à l'action des bains sulfureux, par de Tymowski. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 août.) — Des bains de mer en hiver dans le traitement de la scrofule, par Bourcart. (*Thèse de Paris*, 26 novembre.) — Des bains froids dans la scarlatine et la rougeole malignes, par Guérin. (*Thèse de Paris*, 26 novembre.)

Bassin. — Des suppurations pelviennes chez la femme, par Delbet. (In-8°, *Paris.*) — La ponction exploratrice des organes pelviens chez la femme, par G. Edebohls. (*N. York med. record*, p. 568, 22 novembre.) — Traitement des collections purulentes pelviennes accessibles par le vagin, par Laroyenne. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 569.) — Un cas de folie due à un abcès pelvien et guéri par le traitement chirurgical, par C. Hay. (*Ibid.*) — Traitement secondaire des suppurations de la fosse iliaque, par Lauenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Fracture du bassin, rupture de la vessie, par Sottas. (*Soc. anat.*, 13 juin.) — Etude des fractures du bassin, par Drechsler. (29 p., *Tubingue.*) — De la résection temporaire du sacrum pour aborder les organes pelviens; nouveau procédé à double volet osseux, par Jeannel. (*Gaz. heb. de méd.*, 29 novembre.) — De l'enchondrome du bassin, par Pfeiffer. (46 p., *Tubingue.*)

Bec-de-lièvre. — Note sur l'hérédité du bec-de-lièvre, par Plicque. (*Progrès médical*, 25 octobre.) — Bec-de-lièvre compliqué, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 800.) — Des becs-de-lièvre, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.)

Béribéri. — Cas de béribéri survenus dans la flotte de pêcheurs de Princetown, par Birge. (*Boston med. journ.*, 13 novembre.)

Biliaires (Voies). — Etude bactériologique des voies biliaires, par Gilbert et Girode. (*Soc. de biol.*, 27 décembre.) — Angiocholite suppurée d'origine microbienne, par Bouchard. (*Ibid.*) — Contributions à la connaissance de la cholestérine, par K. Obermüller. (*Zeitsch. für physiol. Chemie*, XV, p. 37.) — La bile et la digestion stomacale, par W. Luber. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, 640.) — Mode de formation des calculs biliaires, par Naunyn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1er septembre.) — Action thérapeutique de l'extrait de fiel de bœuf dans la lithiase biliaire, par Blanckaert. (*Rev. gén. de clin.*, n° 49, p. 779.) — Action de l'huile douce sur les calculs biliaires, par Burbank. (*North Carolina med. journ.*

juin.) — Calculs biliaires, emploi de l'huile d'olive à haute dose, par Kums. (*Ann. Soc. méd., Anvers,* septembre.) — Ulcération et perforation de la vésicule biliaire par des calculs, par Moore. (*London path. Soc.*, 16 décembre.) — Sur l'écoulement de la bile dans le péritoine, contribution expérimentale à la chirurgie des voies biliaires, par d'Urso et Serto. (*Giorn. Associaz. dei natur., Napoli*, n° 3.) — Contribution à la pathologie et à la chirurgie des voies biliaires, par L.-G. Courvoisier. (*Leipzig.*) — Chirurgie conservatrice de la vésicule biliaire et cathétérisme des voies biliaires, par Rose. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.) — Dilatation considérable de la vésicule biliaire par suite de la présence d'un calcul enchatonné dans le canal cystique. Ponction de vésicule et sa résection partielle ultérieure. Guérison, par Terrier. (*Bull. Acad. de méd.*, 23 décembre.) — De l'hydropisie de la vésicule biliaire, par Nuvoli. (*Sperimentale,* novembre.) — Énorme dilatation de la vésicule biliaire avec calcification de ses parois, par P. Guttmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 876, 22 septembre.) — Un cas de cholécystotomie, par Myles. (*Dublin Journ. of med. sc.*, août.) — Cholécystotomie pratiquée pour une cholécystite suppurée, par Berger. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 472.) — Cholécystotomies idéales; cholécystectomie. Ptose et lithiase, par Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 613.) — Extirpation de la vésicule biliaire pour calculs, par Lange. (*N. York surg. Soc.*, 22 octobre.) — De la cholécystectomie, par Calot. (*Thèse de Paris*, 12 décembre.) — Un cas de cholécystectomie suivie de guérison, par I. Dawson. (*Med. News*, p. 597, 6 décembre.) — De la cholécystotomie idéale, en deux temps, par Slajmer. (*Wien. klin. Woch.*, n° 20.) — Deux cas de cholécystectomie pour lithiase ; un cas d'ictère chronique causé par un cancer primitif du pancréas non opéré, par Le Dentu. (*Bull. Acad. de méd.*, 30 décembre.) — Observations de cholécystentérostomie, par Robson. (*Med. chir. Trans.*, LXXIII, p. 61.)

Blennorragie. — De la blennorragie urétrale et de ses suites, par Caspari. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 882, 22 septembre.) — De la blennorragie chez la femme et ses suites, par Dohrn. (*Ibid.*, p. 881, 22 septembre.) — De la blennorrhée des canaux para-urétraux et préputiaux, par Fabry. (*Monat. f. prakt. Derm.*, XII, 1.) — Applications médicolégales de la recherche des gonocoques, par J. Kralter. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Diagnostic de la blennorragie chronique (les filaments de l'urètre), par A. Gabriel. (*Deut. med. Woch.*, n° 30, p. 657.) — Névrite optique d'origine blennorragique, par Panas. (*Semaine méd.*, 31 décembre.) — De l'irido-choroïdite blennorragique, par Kipp. (*N. York med. record*, p. 39, juillet.) — Des arthrites blennorragiques chroniques, par Struempell. (*Münch. med. Woch.*, 14 janvier.) — Du traitement de la blennorragie par le salol, par Barraud. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — Traitement de la blennorragie chronique, par Kromeyer. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre.)

Bouche. — Les microbes de la bouche, les maladies qu'ils causent, par Miller. (In-8°, *Philadelphie.*) — Stomatite mercurielle, par Ehrmann. (*Centralbl. f. Therap.*, p. 65.) — Atrésie buccale, par Mollière. (*Lyon méd.*, 23 novembre.)

Branchie. — Étude sur les fistules et les kystes branchiaux, par Schnitzler. (In-8°, *Vienne.*)

Bronche. — Bronchite fibrineuse primitive avec rétrécissement mitral, par Eichhorst. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er septembre.) — Deux

cas de cancer primitif des bronches, par Ebstein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 930, 6 octobre.)

Brûlure. — Quelques cas de brûlures, par Von Kliegl. (*Wien. med. Presse*, n° 31, p. 1209.) — Cicatrice, suite de brûlure de la lèvre inférieure, autoplastie, par Renton. (*Edinb. med. Journ.*, juillet.)

C

Cadavre. — Recherches sur la conservation du corps humain par les procédés galvanoplastiques, par Variot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 17 octobre.) — La résorcine contre le poison des cadavres, par J. Andeer. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXII, 2.) — Etat actuel de cadavres jetés dans un puits en 1849, par Kœnig. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 décembre.)

Cancer. — Le cancer se transmet-il par l'habitation et par l'eau ? par Sorel. (*Normandie méd.*, 1er décembre.) — La contagion et l'inoculabilité du cancer, par Tournier. (*Revue gén. de clin.*, n° 45, p. 713.) — L'organisme caractéristique du cancer, par Russell. (*London path. Soc.*, 2 décembre.) — La non-contagiosité du cancer, par Sibley. (*Ibid.*) — Sur l'organisme caractéristique du cancer, par Russell. (*Lancet*, 13 décembre.) — Les coccidies dans les cancers épithéliaux, par Hache. (*Soc. de biol.*, 15 novembre, et *Union méd. Nord-Est*, n° 11.) — Des lésions vasculaires dans le carcinome et des rapports des alvéoles cancéreux avec les lymphatiques, par Montané. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.) — De la récidive du cancer, sa prophylaxie, par Snow. (*Lancet* 27 décembre.) — La nature et le diagnostic du carcinome, par Klebs. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 517.) — Des rapports du carcinome avec la pachydermie, par A. Kuttner. (*Archiv. f. pathol. Anat.*, CXXI, 2.) — Carcinome muqueux développé dans le canal inguinal du côté droit chez une femme de 29 ans, par Dubar. (*Bull. méd. du Nord*, n° 23, p. 609.) — Emploi de l'acide borique dans le traitement des cancers ulcérés, par Fuchs. (*Pester med. chir. Presse*, n° 25.)

Cellule. — Les organismes élémentaires et leurs rapports avec les cellules, par Richard Altmann. (*Leipzig.*) — Recherches expérimentales sur l'histologie pathologique du noyau (rein et poumon), par Aievolo. (*Progresso med.*, 30 octobre.) — Sur la division cellulaire, par Schultze. (*Sitzungsber. der physik. medicin. Gesellsch. zu Würzburg*, p. 135.) — Sur la conservation des mitoses dans les tissus fixés plusieurs heures après la mort, par Penzo. (*Archiv. d. sc. med.*, XV, 3, et *Archiv. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Etude sur la karyokinèse, par F. Hermann. (*Münch. med. Woch.*, 25 novembre.) — Des dégénérescences cellulaires, par Cazin. (*Journ. de l'Anat.*, novembre.)

Céphalotripsie. — Un autre cranioclaste, par Stahl. (*Americ. j. of obst.*, décembre.)

Cerveau. — Les circonvolutions du cerveau, étude d'anatomie comparée, par Turner. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Quelques systèmes de fibres du cerveau moyen, par Edinger. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Système de fibres du pied du pédoncule et relation du corps genouillé interne avec l'écorce cérébrale, par Zacher. (*Ibid.*, 13 octobre.) — De l'appareil veineux des artères encéphaliques, par Trolard. (*Journ. de l'anat.*, septembre.) —

La scissure de Rolando, par Cunningham. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Recherches expérimentales sur l'écorce cérébrale de l'orang-outang; sur la capsule interne chez le macaque, par V. Horsley et Charles Recors. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 904, 29 septembre.) — Centres thermiques, par Baculo. (*Riforma med.*, 12 novembre.) — Rapports de temps de la stimulation des lobes optiques de la grenouille, par Wilson. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — Des dégénérescences consécutives à l'ablation de l'écorce cérébrale et des corps striés chez le chien, par Langley et Grunbaum. (*Ibid.*, XI, n° suppl.) — De la collaboration des parties du cerveau, par Th. Meynert. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1er septembre.) — Des effets moteurs obtenus en faisant varier la pression du système artériel par l'intermédiaire de l'écorce cérébrale, par A. Spanbock. (*Beit. zur path. Anat. von Ziegler*, VIII, 2.) — Des troubles fonctionnels de l'écorce cérébrale, par Dees. (*All. Zeit. f. Psych.*, XLVII, 3.) — Sur la présence des cellules dites « Mastzellen » dans les modifications pathologiques de l'encéphale, par J. Neumann. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXII, 2.) — La régularisation de la circulation sanguine dans l'encéphale, par Lewy. (*Ibid.*, XXII, 1.) — La circulation de l'encéphale et ses troubles (le mécanisme de l'attaque d'apoplexie dans le cas d'embolie), par Geigel. (*Ibid.*, XXI, 3.) — Cécité verbale et hémianopsie homonyme latérale droite, par Brunelle. (*Bull. méd. du Nord*, n° 24.) — Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie, par Pascal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Trois cas d'aphasie, par de la Barcerie. (*Revue gén. de clinique*, n° 40, p. 636.) — Aphasie et psychopathie, par Wernicke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 445.) — Hémiplégie droite sans aphasie; paralysie du membre inférieur gauche; affaiblissement intellectuel, amaurose. Tumeur volumineuse de l'hémisphère droit du cerveau occupant la région psycho-motrice presque tout entière et comprimant le lobule paracentral du côté opposé, par P. Simon. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 20, p. 626.) -- De l'hémiplégie croisée de la face et des membres dans les lésions de la protubérance annulaire, par Regnault. (*Thèse de Lyon.*) — Atrophie musculaire et modifications de l'excitabilité électrique dues aux lésions cérébrales en foyer, par O. Eisenlohr. (*Neurol. Cent.*, n° 1.) — Des troubles de la parole dans la sclérose disséminée du cerveau et de la moelle, par Schœnheimer. (*Tubingue.*) — 250 cas d'hémiplégie gauche et droite; étude sur les fonctions des deux hémisphères, par Strauss. (53 p., *Tubingue.*) — Les formes de l'hémorragie cérébrale, par Dana. (*N. York med. record*, p. 174, août.) — De la paralysie cérébrale pseudo-bulbaire, par Helbing. (In-8°, *Göttingue.*) — Etude de la paralysie bulbaire, par Munzer. (*Prag. med. Woch.*, n° 29.) — Un cas de tumeur du quatrième ventricule, par Dana. (*N. York med. record.*, p. 94, juillet.) — Tumeur cérébrale chez un homme de 20 ans, par Bremer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 929, 6 octobre.) — Un cas de tumeur cérébrale, par Schœnthal. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Du gliome cérébral, par Buchholz. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.) — Blessure de la tête avec bégayement et dureté de l'ouïe, par Schmidt. (*Deut. milit. Zeit.*, XXIX, p. 257.) — Guide pour les opérations sur le cerveau, par Fraser. (In-8°, *Londres.*) — Mécanisme de la compression cérébrale, par Adamkiewicz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 738, 11 août.) — Stase dans les veines du front dans les tumeurs cérébrales, par Hosslin. (*Münch. med. Woch.*, 9 décembre.) — Contribution à la chirurgie du cerveau, par Stoker et O'Carroll. (*Dublin journ.*, p. 292, octobre.) — Plaie, par coup de pistolet, du cerveau; extraction; guérison, par Wyeth. (*N. York Acad. of med.*, 8 décembre.) — Abcès cérébral (consécutif à une otite moyenne purulente survenue pendant la grippe et restée latente), par Hoffmann. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.) — Traitement chirurgical de la thrombose des sinus, par Salzer. (*Wien. klin. Woch.*,

n° 34.) — Ponction et drainage des ventricules dans certains cas d'affection cérébrale, par Robson. (*Brit. med. journ.*, 6 décembre.)

Cervelet. — Sur le trajet des fibres appartenant au pédoncule moyen du cervelet et du corps restiforme, par Mingazzini. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 3.) — Des connexions du cervelet, par Brosset. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'abcès du cervelet, par V. Fornara. (*Riforma med.*, 27 octobre.) — Diagnostic des tumeurs du cervelet, par Wetzel. (54 p., *Tubingue.*)

Césarienne (Op.). — De l'opération césarienne, méthodes et procédés d'exécution, par Berlin. (In-8°, 260 p., *Paris.*) — Manuel opératoire de l'opération césarienne, par Bar. (*Rev. gén. de clin.*, n° 50, p. 798.) — Traitement du pédicule dans l'opération de Porro, par Frank et Chroback. (*Berlin. klin. Woch.*, 857, 15 septembre.) — Embryologie et opération césarienne dans les rétrécissements pelviens, par Gaulard. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Un cas d'opération césarienne; guérison, par A. Macan. (*Dublin journ.*, p. 361, novembre.) — Opération de Porro pour ostéomalacie puerpérale; guérison de la mère et vie de l'enfant, par Stroehl. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte,* 1er octobre.) — Opération de Porro, par Bouilly. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 539.) — Opération césarienne conservatrice, enfant vivant; guérison, par Goullioud. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Trois cas d'opération césarienne dont une nécessita l'opération de Porro. (*N. York med. record*, p. 344, septembre.) — De l'opération césarienne dans l'éclampsie, par Halbertsma. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 857, 15 septembre.) — Rupture de l'utérus par chute. Opération césarienne, par Neugebauer. (*Ibid.*, p. 762, 18 août.) — Deux cas d'ostéomalacie guéris par la castration, par Truzzi. (*Ibid.*, p. 829, 8 septembre.) — Trois opérations césariennes heureuses pour rachitisme extrême, par Cameron. (*Ibid.*, p. 857, 15 septembre.) — Opération césarienne, mère et enfant vivants, par Queirel. (*Arch. de tocol.*, décembre.)

Champignon. — De la localisation de l'oïdium albicans dans les voies aériennes et de sa pénétration dans le tissu conjonctif de l'œsophage, par M.-B. Schmidt. (*Beitraege zur path. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.)

Chancre. — Chancre simple, évolution, variétés, par du Castel. (*Union médicale,* 16 septembre.) — Traitement du chancre simple, par du Castel. (*Tribune méd.*, 25 décembre.)

Charbon. — De la destruction du virus charbonneux dans le tissu sous-cutané du lapin, par C.-A. Pekelharing. (*Beit. zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 2.) — Le charbon (pustule maligne, œdème malin) observé à Saint-Denis chez les criniers et les mégissiers, par Le Roy des Barres. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 496, juin.) — Un cas de pustule maligne, par G. Merkel. (*Münch. med. Woch.*, 21 octobre.)

Chimie. — Les classifications en chimie, par Ditte. (*Rev. scientif.*, 15 novembre.) — Manuel de chimie physiologique, par O. Hammarsten. (*Wiesbaden.*)

Chirurgie. — Le passé et l'avenir de la chirurgie, par Le Dentu. (*Rev. scientif.*, 22 novembre.) — Compte rendu chirurgical de l'hôpital des mineurs de Neunkirchen, par Brauneck. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXX, p. 204.) — Relevé statistique des opérations faites dans le service chirurgical de Lourcine-Pascal du 1er juin au 1er novembre 1890 et de la totalité des laparotomies faites depuis le 1er février 1889 jusqu'au 1er novembre 1890. Remarques sur la laparotomie pour le pyo-salpinx, par Pozzi. (*Bullet. soc. chir.*, XVI, p. 774.)

Chlorose. — De la chlorose, par Potain. (*Union médicale*, 23 décembre.) — La chlorose, par Chéron. (*Union médicale*, 30 octobre.) — Contribution à la question de l'échange azoté dans la chlorose, par N. Ketcher. (*Wratch*, 46.) — Comment traiter une chlorose dyspeptique, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, n° 48, p. 764.) — Traitement de la chlorose par les bains de vapeur et les saignées, par Friedrich Scholz. (*Leipzig.*)

Choléra. — Du poison spécifique du choléra, par Scholl. (*Int. klin. Rundschau*, n° 42.) — Conduite du médecin en cas d'imminence ou de début d'épidémie cholérique, par Ferdinand Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 726, 11 août.) — Le choléra dans la province de Valence, par Colvée. (*La Méd. moderne*, 27 novembre.) — Des mouvements pupillaires dans la période algide du choléra, considérés au point de vue du pronostic, par Coste. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Etiologie du choléra infantile, traitement par le sulpho-phénate de zinc et de soude, par Broughton. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Du choléra actuel, son traitement par le lavage du sang, par Moliner. (113 p., *Valence.*) — Les mesures prises contre le choléra à la frontière d'Espagne, par A. Charrin et Neiter. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, septembre.) — Mesures à prendre en cas d'épidémie cholérique, par Dujardin-Beaumetz. (*Ibid.*, XXIV, 204, septembre.)

Chorée. — De la nature de la chorée infantile d'après 235 observations inédites, par Perret et Devic. (*Province méd.*, 13 décembre.) — Epidémie de chorée, par Wichmann. (*Deut. med. Woch.*, n° 29.) — De la chorée infantile d'après 235 observations, par Bonnaud. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à l'étude de la chorée molle (chorée avec prédominance de phénomènes paralytiques), par P. Simon. (*Revue méd. de l'Est*, n° 24, p. 743.) — Sur un cas de chorée traité par l'exalgine et suivi de guérison, par Moncorvo. (*Bull. de thérap.*, 30 novembre.) — L'antipyrine dans la chorée de Sydenham; sa valeur thérapeutique d'après 60 observations, par Ch. Leroux. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 décembre.) — Bons effets de la strychnine dans la chorée et la paralysie agitante, par Benedikt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 929, 6 octobre.)

Choroïde. — Tuberculose de la choroïde, par Doyne. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, X, p. 158.) — Sarcome de la choroïde, par Pincus. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 790.) — Sarcome de la choroïde; énucléation; pas de récidive au bout de trois ans, par Sinclair. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 8 novembre.) — Mélanosarcome de la choroïde, par Panas. (*Bull. méd.*, 31 décembre.) — Cancer métastatique de la choroïde, par Wadsworth. (*Boston med. Journ.*, 20 novembre.)

Chylurie. — Un cas de chylurie sporadique incomplète, par Berri. (*Sperimentale*, novembre.)

Cimetière. — De la prétendue insalubrité des cimetières, par Petri. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 879, 22 novembre.)

Circulation. — Pouls bigéminé, sa genèse, par Goffredo Mari. (*Sperimentale*, décembre.) — Du rythme couplé (pulsus bigeminus), forme originelle du pouls intermittent, par K. Dehio. (*St-Petersb. med. Woch*, n° 19.) — Un cas de pouls capillaire veineux sous-unguéal, par Landi. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, p. 515.)

Climat. — Faculté de résistance de l'Européen aux climats tropicaux, par Stokvis. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 787, 25 août.) — De la climatothérapie en France, par Bardet et Klein. (In-8°, 70 p., *Paris.*) — Ajaccio au point

de vue climatologique, par Brandenberg. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Le climat d'hiver de Leysin (station climatique de montagne), par Louis Secretan et Rapin. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 492, juillet.) — Le climat de la Californie du Sud, ses effets sur le catarrhe bronchique avec tendance à l'asthme, par Gundrum. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.)

Cœur. — La cause du premier bruit du cœur, par Haycraft. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — Les nouveaux travaux sur la physiologie du cœur et de la circulation, par Grutzner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 695.) — La fréquence en Suisse des affections du cœur suivant les altitudes, par Neonilla Iwanoff. (*Berne.*) — Statistique des maladies du cœur dans tous les hôpitaux de Paris en août et septembre 1890, par Duroziez. (*Union médicale*, 25 octobre.) — Causes physiques des maladies de cœur et traitement, par Ephraïm Cutter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 808, septembre.) — Quelques points du pronostic et du traitement des maladies du cœur, par Pye Smith. (*Brit. med. Journ.*, 13 décembre.) — Particularités des affections cardiaques d'origine alcoolique, par Fuerbringer (inefficacité de la digitale). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 808, 1er septembre.) — Signification des caillots cardiaques globuleux et libres, par J. Arnold. (*Beit. zur path. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.) — Périmyocardite chronique, par A. Cantani. (*Il Morgagni*, octobre.) — Du frottement péricardique et spécialement de sa valeur séméiologique et de ses diverses modifications par les mouvements respiratoires, par Chabalier. (*Thèse de Lyon.*) — Les endocardites infectieuses, par Rodais. (*Union médicale*, 7 octobre.) — Du bruit de galop du cœur, par Kriege et Schmall. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — Souffle présystolique de la pointe dans l'insuffisance aortique, par David Lees. (*Amer. J. of the med. sc.*, p. 460, novembre.) — Le signe de Muller dans l'insuffisance aortique, par Barié. (*Rev. gén. de clin.*, n° 48, p. 761.) — Sténocardie nerveuse, par Impaccianti. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.) — Tachycardie paroxystique d'origine hystérique, par A. Huber. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er août.) — La tachycardie essentielle paroxystique, par Sollier. (*Progrès médical*, 13 septembre.) — La tachycardie essentielle paroxystique, par Huchard. (*Revue gén. de clin.*, n° 33, p. 521.) — De la tachycardie paroxystique essentielle, par Debove et Baulay. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 décembre.) — Tachycardie essentielle paroxystique, par Faisans. (*Ibid.*, 26 décembre.) — Maladie bleue, par Mouisset. (*Lyon méd.*, 7 décembre.) — Un cas de dextrocardie, par Niesel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 499.) — Anévrisme du cœur, par Ormerod. (*London path. Soc.*, 18 novembre.) — Un tératome de l'artère pulmonaire dans l'intérieur du péricarde, par J. Joel. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXII, 2.) — Du traitement de la dyspnée cardiaque, par Liégeois. (*Revue gén. de clinique*, n° 34, p. 542.) — Traitement mécanique du ralentissement de la circulation dû à des affections organiques du cœur, par S.-S. Salaghi. (*Berlin. klin. Woch.*, 845, 15 septembre.)

Conjonctif. — Les plans de tissu conjonctif sous-péritonéal et sous-pleural avec leurs connexions, par Anderson. (*Journ. of Anat.*, octobre.)

Conjonctive. — La question du microorganisme du trachome, par Shongolowicz. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 28.) — L'étiologie du trachome, par Germann. (*Ibid.*, n° 29.) — Parasitisme cutané, éruptions, impetigo, furoncles, kérato-conjonctivite phlycténulaire, par Gillet. (*Progrès médical*, 6 décembre.) — Conjonctivite granuleuse et tuberculeuse, par Macnamara. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — Traitement chirurgical des granulations conjontivales, par Darier. (*Bull. gén. de thér.*, 30 dé-

cembre.) — Un traitement de trachome expérimenté dans un grand nombre de cas, par GUSTAVE et OTTO KEINING. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 903.) — Quatre cas de croup partiel de la conjonctive, par PFLUEGER. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Lymphome de la conjonctive par REID. (*Trans. opht. Soc. unit. kingdom*, X, p. 57.) — Nævus lymphatique de la conjonctive avec microphtalmie, membrane pupillaire persistante et dilatations kystiques nævoïdes, par GUNN. (*Ibid.*, p. 87.)

Coqueluche. — Coqueluche grave observée chez un enfant d'un an, convulsions, syncopes, guérison, par BAUMEL. (*Rev. mal. de l'enfance*, décembre.) — De la coqueluche chez l'enfant, par BAUMEL. (*Union médicale*, 25 décembre.) — Traitement de la coqueluche, par BELTZ. (*Arch. f. Kinderh.*, X, 5.)

Cordon ombilical. — Sur une tumeur du cordon ombilical, par E. KAUFMANN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 3.)

Cornée. — Quelques observations sur la forme de la cornée, par BAJARDI. (*Il policlinico, Turin*, I, 17.) — La forme de la cornée en rapport avec l'âge, le sexe, la réfraction et le glaucome primitif, par SMITH. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, X, p. 68.) — Deux cas de kératite superficielle ponctuée, par GUNN. (*Ibid.*, p. 79.) — Tumeur de la cornée, fibrome, par BENSON. (Ibid., p. 80.) — Aspect microscopique de la cornée dans deux yeux atteints de xérose, par COLLINS. (*Ibid.*, X, p. 62.) — Contribution à l'étude des affections herpétiques de la cornée, par DECKER. (*Klin. Monat. f. Augenheilk.*, octobre.) — Kératite phlycténulaire d'origine artificielle, par BURCHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 976, 20 octobre.) — Sur un cas de kératite parenchymateuse, par PFLUEGER. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Kératite spéciale avec tumeur de l'iris, par PFLUEGER. (*Ibid.*, 15 novembre.) — Un cas de kératocone, par V. MONTI. (*Riforma med.*, 6 octobre.) — Traitement du kératocone pellucide, par DESPAGNET. (*Soc. d'opht.*, novembre.) — De l'ulcus rodens de la cornée, par KREY. (17 p., *Kiel.*) — De l'action du benzophénonéide de pyoctanine sur les ulcères rongeants de la cornée, par GALEZOWSKI. (*Soc. de biol.*, 27 décembre.)

Corps étranger. — Extraction d'un corps étranger du poumon, par ROCHER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 7.) — Fragment de dentier logé dans le larynx pendant 22 mois, par LENNOX BROWNE. (*Brit. laryng Assoc.*, 28 novembre.) — Elimination d'une aiguille par les voies naturelles, par HINRICHS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 827.) — Cas de pénétration d'un corps étranger (arête) dans le canal de Wharton, par SANDOZ et ERNEST DE REYNIER. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 653.) — Corps étranger de l'oreille, par THORT. (*Münch. med. Woch.*, 30 septembre.) — Une balle de revolver ayant séjourné 4 mois dans le conduit auditif, extraction, par CHARAZAC. (*Ann. polyclin. Toulouse*, 7 novembre.) — Corps étranger sous le pli semilunaire, par MORTON. (*Trans. opht. Soc. unit. kingdom*, X, p. 66.) — Les corps étrangers dans les yeux, par D. WEBSTER. (*N. York med. Record*, p. 514, 8 novembre.) — Extraction d'une aiguille à coudre localisée par le procédé de l'aimantation, par E. KUMMER. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 646, octobre.) — Corps étranger de l'œsophage, perforation de la carotide, mort, par SIMANOWSKY. (*Vratch*, n° 38.) — Observation de corps étranger de l'œsophage (mort), par A. BRULANT. (*Bull. méd. du Nord*, n° 24, p. 650.) — Corps étranger du conduit pharyngo-œsophagien, par DE LA SOTA Y LASTRA. (*Rev. de med. y cirug.*, 7 décembre.) — Extraction d'une aiguille à coudre logée dans le grand épiploon après avoir perforé l'estomac ; opé-

ration neuf mois après l'accident, par Hermes. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 640, 14 juillet.) — Extraction d'une aiguille enkystée dans un doigt, par Kummer. (*Bull. Soc. chirurgie*, XVI, p. 744.) — Opération par les corps étrangers enclavés du genou, par Schuller. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 759, 18 août.)

Crâne. — La topographie cranio-cérébrale, application chirurgicale, par Le Fort. (In-8°, p. 165 p., *Paris.*) — La topographie cranio-cérébrale, par Poirier. (In-8°, *Paris.*) — Hypertrophie et atrophie séniles du crâne, par Humphry. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 327.) — Deux cas de blessures graves du crâne, des articulations et des os avec guérison, par V.-B. Zagorsky. (*Roussk. med.*, 9 septembre.) — Fracture compliquée du crâne, trépanation, volumineuse hernie cérébralè, réduction, guérison, par Martinez. (*N. York med. Journ.*, 13 septembre.) — Fracture compliquée du crâne, lésions assez graves d'un œil, par Lockwood. (*N. York med. Journ.*, 22 mars.) — Fracture du frontal avec issue de matière cérébrale, par Krœnlein. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 556, 1er septembre.) — Plaie par coup de feu de la région mastoïdienne avec fracture esquilleuse du crâne et monoplégie. Guérison après trépanation, par Krœnlein. (*Ibid.*, p. 557, 1er septembre.) — Fracture de la base du crâne avec hémiplégie de la face et des membres, par Krœnlein. (*Ibid.*, 1er septembre.) — De la lésion de certains nerfs considérée comme moyen de diagnostic des fractures de la base du crâne, par Deroubaix. (*Bull. Acad. de Méd., Belgique*, n° 12, p. 740.) — Sur une fracture comminutive de la voûte du crâne avec plaie. Menaces de méningite, trépanation, guérison, par Hache. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 537.) — Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation, par Tellier. (*Thèse de Lyon.*) — Etat du crâne chez un homme de 46 ans ayant subi la résection temporaire du crâne, par Lauenstein. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 7.)

Criminel. — Le déterminisme et la pénalité, par Proal. (*Arch. d'anthrop. crim.*, juillet.) — Jeunes criminels parisiens, par Joly. (*Ibid.*, juillet.) — Le criminel instinctif et les droits de la défense sociale, par Paul Garnier. (*Annales d'hyg. publ.*, 414, mai.)

Cristallin. — De la cataracte chez l'enfant, par Schnabel. (*Verein der Aer. in Steiermark*, 24 novembre.) — Tendance héréditaire à la cataracte dans l'enfance, par Thompson. (*Trans. opht. Soc. unit. kingdom*, X, 141.) — Cristallin avec épithélium sur la capsule postérieure et autres modifications de structure, par Collins. (*Ibid.*, p. 145.) — Cataracte double avec division triadée à la surface, par Scott. (*Ibid.*, p. 147.) — Hyalite spontanée purulente neuf mois après l'opération de cataracte, par Berry (*Ibid.*, X, p. 160.) — Luxation congénitale des deux cristallins avec débris de membranes capsulo-papillaire, par Spicer. (*Ibid.*, p. 194.) — La maturation artificielle de la cataracte sénile, par M. Hardy ; idem, par Snell. (*Ibid.*, p. 214.) — Résultats de l'opération de la cataracte non mûre, par Brailey. (*Ibid.*, p. 230.) — Perforation de la cornée et du cristallin par un fragment d'acier, cataracte consécutive, par Doyne. (*Trans. opht. Soc.*, X, p. 198.) — Modification de la courbure de la cornée à la suite d'opération de cataracte, par Scimeni. (*Ann. di ottalm.*, XIX, 3 et 4.) — La privation de la lumière n'est pas utile après l'opération de la cataracte, par J. Chisolm. (*N. York med. Record*, p. 122, août.) — Quelques points du développement de la cataracte, par Brailey. (*Oph. Soc. of unit. kingdom*, 11 décembre.) — Les progrès variables de la cataracte sénile, par Angell. (*Journ. of opht. otol. and laryng.*, II, p. 24.) — Traitement de la cataracte congénitale, par Dehenne. (*Rev. gén. de clin.*,

n° 46, p. 731.) — Sur l'opération de la cataracte chez les enfants, par Dolard. (*Rev. d'opht.*, n° 9.) — L'opération de la cataracte et son pansement, par Valude. (*Union méd.*, 6 décembre.) — De la maturation artificielle de la cataracte, par Thompson. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 1.) — De l'extraction des cataractes non mûres, par Sweigger et Hirschberg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 760, 18 août.)

Cysticerque. — Etude des cysticerques sous-conjonctivaux, par Blessig. (*St-Petersb. med. Woch.*, 6 octobre.)

D

Démographie. — La relation générale de l'état et du mouvement de la population, par Levasseur. (*Acad. des sc.*, 15 décembre.) — La fécondité de la population française comparée à celle des autres populations, par Levasseur. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 403.)

Dengue. — La fièvre dengue aux îles Fidji en 1885, par Skottowe. (*Glasgow med. journ.*, septembre.) — L'épidémie de dengue et l'épidémie d'influenza à Smyrne, par Diamantopulos. (*Wien. med. Presse,* n° 28, p. 1113.)

Dent. — Manuel d'odontologie pratique, par Ernst Jessen. (*Vienne.*) — La résorption des dents de lait et les odontoclastes, par Struiken. (*Cent. f. med. Wiss.*, p. 401.) — De l'éruption dentaire primitive et des accidents qui l'accompagnent, par Eyssautier. (*Dauphiné méd.*, 1er octobre.) — Étude sur le ligament alvéolo-dentaire chez l'homme et chez certains animaux, par A. Collaud. (*Thèse de l'École dentaire de Genève* et *Revue méd. Suisse romande*, X, 506.) — Importance de la chaux pour les dents, par H. Beraz. (*Zeit. für Biol.*, XXVII, p. 386.) — L'importance d'un traitement rapide dans les abcès alvéolaires, par Mac Pherson. (*N. York med. Journ.*, 22 novembre.) — Kyste dentaire, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 510.) — De la réimplantation des dents, étude historique et expérimentale, par Scheff. (In-8°, *Vienne.*)

Désinfection. — La désinfection des logements, par Martin. (*Gaz. hebd. de méd.*, 6 décembre.) — La désinfection en Allemagne, par Girode. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIV, 429, novembre.) — Circulaire ministérielle belge du 19 avril 1890 relative à la désinfection. (*Mouvement hygiénique*, VI, 476.) — Discussion de la Société zuricoise d'hygiène scientifique sur les étuves à désinfection par la vapeur. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Les étuves à désinfection dans les refuges de nuit à Paris. L'asile-ouvroir de la rue Fessart, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 214, septembre.) — Nouveau stérilisateur à vapeur, par W. Budenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Sur les agents et les méthodes de désinfection, par Geppert. (*Trad. franç.*, in-18, *Paris.*) — De la pratique générale de la désinfection, par Thoinot. (*Gaz. des hôp.*, 4 décembre.) — Action comparative désinfectante de quelques produits retirés du goudron de houille, par Schottelius. (*Münch. med. Woch.*, 13 mai.)

Diabète. — Des sources somatiques du sucre dans le diabète sucré, par N. P. Kravkov. (*Wratch*, 44, 45, 47.) — De la glycosurie pancréatique, par Lewin. (*Wratch,* n° 40.) — Du diabète sucré en rapport avec les lésions du pancréas, par Giorgi. (*Thèse de Lyon.*) — Diabète, par Can-

TANI. (*Il Morgagni*, décembre.) — Matériaux pour servir à l'étude de l'échange azoté dans le diabète sucré, par G. FAVEIN. (*Wratch*, 43.) — Du diabète, par O. ROSENBACH. (*Deut. med. Woch.*, n° 30, p. 649.) — Cas spécial de gangrène diabétique, par PARTSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Un cas de gangrène spontanée dans le diabète, par SCHÜTTE. (In-8°, *Tubingue.*) — Un cas de diabète insipide avec adiposité généralisée, par VOSS. (In-8°, *Tubingue.*) — Symptômes et traitement de diabète sucré, par J. MAYER. (*Deut. med. Woch.*, n° 22, p. 471.) — Action de syzigium jambolanum sur la proportion de sucre dans le diabète sucré, par ROSENBLATT. (*Wratch*, n° 45.) — L'emploi de la morphine et de la codéine dans le traitement du diabète, par GORI. (*Gazz. d'ospit.*, n° 90.) — — Traitement du diabète, par PAVY, DUJARDIN-BEAUMETZ et SEEGEN. (*Berl. klin. Woch.*, p. 806, 1er septembre.) — Traitement du coma diabétique, par SCHMITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 août.) — Traitement du diabète par le salol, par LEOPOLD. (In-8°, *Gottingue.*)

Digestion. — Les produits puissants de dissociation formés dans la digestion de la gluten-caséine du blé par l'acide chlorhydrique et sa pepsine, par CHITTENDEN et SMITH. (*Journ. of phys.*, XI, 6.)

Diphtérie. — Nature et traitement de la diphtérie, par SEVESTRE. (*Progrès médical*, 27 septembre.) — Recherches sur les poisons diphtéritiques et expériences pour conférer l'immunité contre cette maladie, par L. BRIEGER et C. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Recherches sur la diphtérie, par TANGL. (*Cent. f. allg. Path.*, I, 25.) — Sur la transmission de la diphtérie des animaux à l'homme, par BRUSQUE. (*Bull. gén. de thér.*, 30 décembre.) — La diphtérie chez les animaux domestiques, par CATRIN. (*Rev. d'hyg.*, XII, 1051, décembre.) — Etiologie de la diphtérie, par BARD. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 décembre.) — Le poison diphtérique et son mode d'action, par ŒRTEL. (*Deut. med. Woch.*, n° 45, p. 986.) — Les divers modes de diffusion du contage diphtérique, par PAUSE. (*Dresde.*) — Le pavillon des enfants diphtéritiques à l'hôpital de Zurich, par KRŒNLEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er septembre.) — Causes de la mort dans la diphtérie, par SYMPSON. (*Practitioner*, décembre.) — Mort subite après la diphtérie, par PUMPLUN. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre.) — Sur les modifications du muscle cardiaque dans la diphtérie pharyngée, par SCHEMM. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 2.) — Paralysie des droits externes suivi de diphtérie, par MORTON. (*Opht. Soc. of unit. kingdom*, 11 décembre.) — Un cas d'ataxie diphtéritique, par DOR. (*Province méd.*, 4 janvier.) — Diphtérie étendue au sinus frontal, par ROBSON. (*Cincinnati Lancet clinic*, XXIV, p. 7.) — Des mesures propres à combattre l'extension de la diphtérie, par LOEFFLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 761, 18 août.) — Traitement de la diphtérie aux États-Unis, par A. JACOBI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 858, 15 septembre.) — Angine diphtéritique traitée sans succès par les badigeonnages phéniqués, par LE ROY. (*Courrier méd.*, 11 octobre.) — Traitement de l'angine diphtéritique par les injections interstitielles de sublimé, par NEPVEU. (*Bull. méd.*, 28 décembre.) — Teinture de tabac contre la diphtérie, par SCHWITZER. (*Centralbl. f. Therap.*, p. 705.) — Un procédé de traitement de la diphtérie de la gorge consistant en la localisation de l'exsudat, par J. S. NÉKAMÈS. (*Roussk. med.*, 2 septembre.) — Contribution au traitement de la diphtérie, par S. ZENENKO. (*Wratch*, 42.) — Traitement de la diphtérie, par CANTANI. (*Giorn. int. di sc. med.*, août.) — Traitement local sous-membraneux de la diphtérie pharyngée, par SEIBERT. (*N. York med. journ.*, 6 décembre.) — Le traitement de la diphtérie par la glace, par SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 novembre.) — Teinture de nicotiane empyreumatique contre la diphtérie, par SCHWITZER.

(*Cent. f. ges. Therap.*, décembre.) — Calomel dans la diphtérie nasale, par GREEN. (*Med. Standard*, janvier.)

Dysenterie. — Contribution au traitement de la dysenterie par le lavage du gros intestin, par P. KORITINE. (*Wratch*, 42.) — A propos des cas de dysenterie observés à l'hôpital cantonal de Lausanne pendant le rassemblement de troupes de 1890, par LOUIS SECRÉTAN. (*Rev. méd., Suisse romande*, X, 635.)

E

Eau. — Étude expérimentale sur les microbes des eaux de Lyon avec application à l'hygiène sanitaire de la ville de Lyon, par DESPEIGNES. (*Thèse de Lyon.*) — De l'analyse bactériologique des eaux, par P. MIQUEL. (*La méd. moderne*, 6 novembre.) — Un nouveau micro-organisme de l'eau; pathogène pour les animaux à température variable et à température constante, par G. SANARELLI. (*Riforma med.*, 11 décembre.) — L'oxygène dissous dans l'eau et les substances organiques contenues dans l'eau, par POCROVSKY. (*Roussk. med.*, 21-28 octobre et 4 novembre.) — Purification spontanée des eaux courantes, influence des eaux polluées sur l'étiologie des maladies, par CURRIER. (*Amer. Journ. of med. sc.*, décembre.) — De la désinfection de l'eau de boisson par la magnésie gélatineuse ozonifère, par BLIESENER. (*Deut. milit. Zeit.*, XIX, 12.) — Projet d'alimentation d'eau de Toulouse, par PAUL BROUARDEL et J. OGIER. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, novembre.) — De l'obligation de l'eau dans les maisons, par O. DU MESNIL. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 516, décembre.) — L'eau de rivière envisagée comme boisson, par ÉMILE TRÉLAT. (*Revue d'hyg.*, XII, 899, octobre.) — Sur les variation et composition de l'eau dans divers points de la canalisation à Paris, par LIVACHE. (*Revue d'hyg.*, XII, 322.) — Du lavage de l'organisme et de la valeur des injections d'eau dans les maladies, par SAHLI. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 11.) — L'eau comme agent thérapeutique, par SCOTT. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.)

Éclampsie. — Pathogénie de l'éclampsie, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Des convulsions puerpérales, par PILLIET. (*Nouv. Arch. d'obst.*, novembre.)

Eczéma. — Nature et traitement de l'eczéma, par UNNA. (*Berlin.*) — De l'eczéma curateur, par AMAT. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 588.) — Études clinico-théoriques sur l'eczéma, par GAMBERINI. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXV, 4.) — Traitement de l'eczéma des vieillards, par L. DUNCAN BULKLEY. (*Philadelphie.*)

Électricité. — Démonstration physiologique de l'extra-courant de fermeture, par E. HERING. (*Archiv für gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 417.) — Polarisation des électrodes en électro-thérapie, par MACHADO. (*Centralbl. f. Therapie*, p. 588.) — La question des rhéostats, par GÆRTNER. (*Wien. med. Presse*, n° 30, p. 1177.) — Sur l'utilisation des courants électriques des dynamo dans la pratique médicale, par BRÖSE. (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, p. 129.) — Électrolyse des tissus animaux, par STEWART. (*Lancet*, 13 décembre.) — Sur l'action physiologique de l'électricité statique, par DAMIAN. (*Thèse de Lyon.*) — Nouveau système d'application thérapeutique de l'électricité statique, par MORTON. (*N. York neurol. Soc.*, 2 décembre.)

— De la mensuration absolue des courants faradiques sur l'homme, par Stintzing. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 952, 13 octobre.) — Petit accumulateur transportable pour galvanocaustie et éclairage par Seligmann. (*Therap. Monats.*, décembre.) — L'œdème nerveux et l'électricité statique, par Polozov. (*Roussk. med.*, 40.) — De la résolution des tumeurs par galvanisation percutanée (deux cas d'œdème chronique), par Moritz Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 686, 28 juillet.) — De quelques applications de l'électricité en obstétrique et en gynécologie au traitement des hémorragies d'après la méthode d'Apostoli, par Delestrée. (*Bull Acad. méd. Belgique*, n° 9, p. 496.) — Emploi du courant constant en gynécologie, par Apostoli. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — De l'électro-thérapie en gynécologie, par Broese. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 644, 14 juillet.) — Nouvel électrode et spéculum pour les applications électriques en gynécologie, par Maselti. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.) — Contribution à l'étude de l'électricité en gynécologie comme traitement préopératoire, par Maritan. (*Marseille méd.*, n° 11, p. 722.)

Éléphantiasis. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis congénital, par M. Jordan. (*Beitræge zer pathol. Anat. von Ziegler*, VIII. — Un cas d'éléphantiasis nostras symétrique du pied et de la jambe, par Souques. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, III, 6.) — Éléphantiasis des deux jambes, double amputation de cuisse, par Thiriar. (*Presse méd. belge*, n° 27.) — Fibromes multiples héréditaires mous avec éléphantiasis mou, par Moses. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 décembre.)

Embolie. — Mécanisme de l'embolie apoplectique, par R. Geigel. (*Sitzungsb. der physik. med. Ges. zu Würzburg*, p. 86.)

Embryologie. — Traité d'embryologie, par Hertwig, trad. de Julin. (In-8°, 601 pages, *Paris.*) — Éléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés, liv. Ier. Embryogénie, par Prenant. (In-8°, *Paris.*) — Précis d'embryologie adapté aux sciences médicales, par Gilis. (In-8°, *Paris.*) — Le mésoderme et le cœloma des vertébrés, par Minot. (*American Naturalist*, octobre.) — La théorie concrescente de l'embryon, par Minot. (*Ibid.*, juin.) — Contribution à la connaissance de la substance organique fondamentale de la coquille de l'œuf des reptiles et des membranes de l'œuf de l'aplysie, par W. Engel. (*Zeitsch. für Biologie*, XXVII, p. 374.) — Nouveau-né portant un embryon inclus, faisant issue à travers l'orifice buccal, par Guéniot. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 585.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par l'opium traité par l'atropine, par Cooke. (*Lancet*, 22 novembre.) — Empoisonnement par la morphine traité par la nitroglycérine, par Speer. (*N. York med. Journ.*, 15 novembre.) — La preuve physiologique des empoisonnements par alcaloïdes mydriatiques, par Filomusi-Guelfi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — De la cocaïno-morphinomanie, par Ball. (*France méd.*, 28 novembre.) — Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu, par Hallopeau. (*Gaz. méd. Paris*, 6 décembre.) — Empoisonnement par la strychnine, par L. Garnier. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 501, décembre.) — Un cas d'empoisonnement par la fougère mâle, par Lœb. (*Münch. med. Woch.*, 23 septembre.) — Tentative d'empoisonnement par l'ural chez un sujet atteint de troubles psychiques consécutifs à l'influenza, par J. Piazzi. (*Riforma med.*, 26 octobre.) — Empoisonnement par le bromoforme, par Sachs. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De l'empoisonnement par l'emplâtre thapsia, par Douglass. (*N. York med. record.*, p. 96, 25 janvier.) — Intoxication professionnelle par les couleurs d'aniline, par J. Grassl. (*Münch. med. Woch.*, 2 décembre.) — Empoisonnement par l'ammoniaque,

trachéotomie, par Dickinson. (*Lancet*, 6 décembre.) — Les empoisonnements (alcool impur) d'Auderghem et de Boitsfort, par Strauven. (*Mouvement hygiénique*, VI, 453.) — Empoisonnement aigu par l'acide phénique, par Tabeitz. (*Arch. f. Kinderh.*, XI, p. 321.) — Un cas d'empoisonnement phéniqué suivi de guérison, par Spæth. (*Würt. med. Corr. Blatt*, n° 14.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par de Vries. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 71.) — Empoisonnement accidentel par l'acide chlorhydrique chez un enfant de 2 ans et demi, par Beyerlein. (*Friedreich's Blätter*, 1390, p. 41 et *Viertelj. f. ges. Med.*, LIII, 202.) — De la lécithine dans le foie dans l'empoisonnement par le phosphore, par Heffter. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXVIII, 1 et 2.) — Un cas d'intoxication par le phosphore, guérison, par Bogdan. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, IV, 4.) — Empoisonnement par le phosphore ingéré comme abortif, par Riegler. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, III, 3.) — Un cas d'empoisonnement par de l'eau blanche, par Aigre et V. Planchon. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 444, novembre.) — Empoisonnement saturnin traité par la saignée, par Hughes. (*Univ. med. Magaz.*, octobre.) — Intoxication par injection sous-cutanée de 0gr,60 de sublimé (convulsions, etc.), par Marocco. (*Berlin. klin. Woch.*, 829, 8 septembre.) — Empoisonnement par le sublimé, par ingestion ; guérison, par Eisenhart. (*Cent. f. Gynæk.*, 13 décembre.) — Recherche de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement, par L'hôte. (*Journ. de pharm.*, 1er décembre.) — Empoisonnement subaigu par l'arsenic à l'aide d'une pommade, par Chabenat et Leprince. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIV, 360, octobre.) — Sur un nouveau procédé pour différencier les taches d'arsenic de celles d'antimoine, par Denigès. (*Acad. des sc.*, 1er décembre.) — Traitement de l'intoxication par le chlorate de potasse, par Lépine. (*Semaine méd.*, 24 décembre.) — Empoisonnement par le cyanure de potassium, par Heslop. (*Lancet*, 13 décembre.) — Un cas d'empoisonnement consécutif à l'emploi externe de la teinture d'iode, par Jackson. (*N. York med. record*, p. 43, juillet.) — Tentative d'asphyxie par la vapeur de charbon. Troubles cérébraux consécutifs, amnésie persistante. Emphysème sous-cutané, par Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 juin.) — Seize cas d'empoisonnement par la viande de vache morte de septicémie puerpérale (gastro-entérites aiguës non mortelles), par Cordey. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 655.) — Cas de mort dû à un empoisonnement par viande de porc malade (état typhoïde), par Burnier. (*Ibid.*)

Enfant. — Méthodes de résurrection des nouveau-nés en asphyxie, par Lusk. (*N. York Acad. of med.*, 4 décembre.) — De la mort apparente du nouveau-né, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, n° 49, p. 784.) — Le besoin de nourriture des enfants aux différents âges, par Camerer. (*Deut. med. Woch.*, n° 21, p. 452.) — Sclérose cérébro-spinale en plaques chez l'enfant, par Nolda. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 931, 6 octobre.) — Maturité précoce et mélanodermie chez un garçon de 6 ans et demi, par Gautier. (*Revue médic. Suisse romande*, X, p. 331.) — Un cas de méningite chez un enfant de 4 mois, par Thomas. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Sur la pseudo-méningite des enfants dont la dentition est difficile, par Concenti. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.) — Hémiplégie spasmodique infantile, par O. Stein. (*Münch. med. Woch.*, 2 décembre.) — Traitement chirurgical de la paralysie spastique chez les enfants, par Bradford. (*Boston med. Journ.*, 20 novembre.) — L'asthme des enfants, par Blache. (*Union méd.*, 11 novembre.) — L'asthme chez les enfants, par Romme. (*Tribune méd.*, 27 novembre.) — Étude clinique et thérapeutique sur un cas de broncho-pneumonie mixte très grave chez un enfant de

5 ans, par Coriveaud. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 décembre.) — Du traitement de la broncho-pneumonie des enfants, principalement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine, par Saint-Philippe. (*Ibid.*, 23 novembre.) — Antisepsie médicale et scarlatine au pavillon d'isolement de l'hôpital des Enfants du 1er janvier au 1er avril 1890, par Hutinel et Eugène Deschamps. (*Revue d'hyg.*, juillet.) — L'érythème noueux chez les enfants, par Comby. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 novembre.) — Un cas d'anomalie congénitale du cœur, remarques sur le diagnostic physique du cœur chez les nouveau-nés, par Freymann. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIII, 1 et 2.) — Un cas de gangrène sèche chez un enfant de deux ans et demi, par Kelley. (*N. York med. record.*, p. 12, juillet.) — Gangrène sèche d'origine endocardique chez un enfant, par Wallace. (*Ibid.*, p. 149, août.) — Étude de la digestion stomacale dans l'atrophie infantile, par Cassel. (*Arch. f. Kinderh.*, XII, 3.) — Le traitement antifermentescible de la diarrhée infantile, par Luff. (*Lancet*, 20 décembre.) — Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé, par Comby. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre.) — Traitement de la diarrhée estivale des enfants par le salol, par Edmond Weber. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ærzte*, 1er novembre.) — De la présence des acides dans la digestion stomacale chez les enfants, par Heubner. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 1 et 2.) — Sur quelques troubles intestinaux chez les enfants, par Donkin. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — Sur deux cas d'anasarque chez l'enfant du premier âge, par Lesage. (*France méd.*, 14 novembre.) — La colique appendiculaire dans ses rapports avec l'appendicite, par Leroux. (*Rev. mal. de l'enf.*, décembre.) — Appendicite, typhlite et périty phlite chez l'enfant, par Smith. (*N. York county med. Ass.*, 17 novembre.) — De la péritonite idiopathique chronique chez l'enfant, par Brocking. (49 pages, *Tubingue.*) — La péritonite chez l'enfant, par Smith. (*N. York Acad. of med.*, 13 novembre.) — Épidémie d'ictère catarrhal chez des enfants, par Dentan. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, 654 et 655.) — De la cirrhose du foie chez l'enfant, par Zehnpfennig. (48 pages, *Tubingue.*) — Cirrhose alcoolique chez un enfant de 13 ans, par Biggs. (*N. York med. record.*, p. 206, août.) — Hémorragie gastro-intestinale chez le nouveau-né, par S. Remy. (*Revue méd. de l'Est*, n° 20, p. 630.) — Sur 100 cas de fièvre typhoïde infantile traités par les bains froids, par Garai. (*Thèse de Lyon.*) — L'action antipyrétique de l'antipyrine, de la quinine et des bains tièdes dans les maladies fébriles des nouveau-nés, par Eröss. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXII, 1 et 2.) — Le traitement antipyrétique moderne chez les enfants, par Hagenbach. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, 1er novembre.) — Hivernage alpestre des enfants malades, par A. Hœssli. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, 15 octobre.) — Chirurgie infantile, clinique et observations, par Charon et Gevaert. (In-8°, *Bruxelles.*) — Sur la chirurgie du système nerveux chez l'enfant, par Chipault. (*Rev. mal. de l'enf.*, décembre.) — Un cas de fibrome primitif du poumon chez un enfant de deux ans, par V. V. Schultze. (*Roussk. med.*, 2 septembre.) — Tumeur rare (kyste énorme) du cou chez un enfant, par Cnopf. (*Münch. med. Woch.*, 9 septembre.) — Des blessures du rachis et du thorax chez les jeunes sujets, par Grigowej. (*Rousskaia med.*, 23 septembre. — Fractures du rachis chez l'enfant, par Woodbury. (*N. York Acad. of med.*, 10 novembre.) — L'arthrite aiguë des enfants, par Townsend. (*Amer. Journ. of med. sc.*, janvier.) — Résection de l'intestin chez l'enfant, par Schramm. (*Przeglad lekarski*, n° 37.) — Un cas d'invagination chez un enfant de six mois, laparotomie, par Ryau. (*Austral. med. journ.*, 15 mars.) — Hydrocèle chyliforme, sans filaire, chez un enfant de six semaines, par Chalot. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 29 novembre.) — Hydrocèle chez les

enfants, par LORETT. (*Boston med. Journ.*, 18 décembre.) — Kyste de la grande lèvre chez une fillette de 6 ans, survenu probablement dans les vestiges du canal de Nuck, par MONNIER. (*France méd.*, 21 novembre et *Rev. mal. de l'enf.*, décembre.) — Blennorragie chez un enfant de 3 ans, rétrécissement de l'urètre six mois plus tard, nécessitant l'urétrotomie interne et externe, par ABBE. (*N. York Acad. of med.*, 10 novembre.) — Taille hypogastrique (sur un enfant de 4 ans 1/2), par LECERF. (*Bull. méd. du Nord*, n° 23.) — Sarcome de la prostate chez un enfant de 9 mois, par TORDEUS. (*Journ. de méd. Bruxelles.*)

Épidémie. — Les maladies épidémiques dans le Midi. Traitement préventif d'après les travaux les plus récents, par J.-E. VIVANT. (*Paris.*) — L'extinction des épidémies, par ARLOING. (*Rev. scientif.*, 6 décembre.)

Épilepsie. — De l'épilepsie alcoolique, par HEISE. (In-8°, *Tubingue.*) — Considerations étiologiques et historiques à propos de l'épilepsie, par BRIAND. (*Gaz. des hôp.*, 29 novembre.) — Épilepsie psychique, par OTTOLENGHI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — Étude sur les psychoses épileptiques, par SCHUNCK. (*Tubingue.*) — Épilepsie traumatique et éclampsie par thrombose des sinus, par C. HENNIG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 365.) — Sur un cas d'epilepsie partielle avec coexistence de lipomes multiples sous-cutanés, par LÉTIENNE. (*La méd. moderne*, 16 octobre.) — De la folie épileptique, par WILDERMUTH. (*Med. Corresp. Würtemb. Ærzst.*, n°, 10.) — Trépanation du crâne pour épilepsie traumatique, par PEDRAZZI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 39.)

Épithéliome. — Épithéliome plexiforme de la peau avec dégénération hyaline, par M. B. SCHMIDT. (*Beitræge zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII.) — Sur la dénomination de la tumeur dite cylindrome, par O. LUBARSCH. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXII, 2.)

Épithélium. — Études physiologiques sur l'épithélium vibratile, par MAX VERWORN. (*Archiv für gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 149.) — Sur les inclusions dans les cellules épithéliales, par EBERTH. (*Fortschritte der Medicin*, n° 17, p. 657.)

Éruption. — Étude des éruptions médicamenteuses, par FOX. (*Brit. Journ. of dermat.*, novembre.) — Un cas d'éruption médicamenteuse exceptionnellement développée, par A. POSPELOW. (*Roussk. med.*, 37.) — Recherches microbiennes sur quelques éruptions bulleuses et vésiculeuses, par BOINET. (*Ann. de dermat.*, I, 11.)

Érysipèle. — Influence des nerfs sensitifs sur l'infection érysipélateuse, par ROGER. (*Soc de biol.*, 22 novembre.) — Traitement de l'érysipèle du tronc et des membres par les bains chauds, par ROSE. (*Therap. Gaz.*, n° 6.) — Le traitement abortif de l'érysipèle, par AMICI. (*Gaz. d. ospit.*, 22 octobre.) — Traitement opératoire de l'érysipèle, par WILL. MEYER. (*N. York med. record.*, p. 290, 15 mars.)

Érythème. — Des rapports de l'érythème noueux avec les maladies infectieuses du pharynx et le rhumatisme aigu, par HOFFMANN. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 12.) — Sur l'érythème noueux, par PFEIFFER. (*Wien. med. Woch.*, n° 45.)

Estomac. — De l'innervation de l'estomac, par CONTEJEAN. (*Soc. de biol.*, 22 novembre.) — Le pouvoir absorbant de l'estomac chez l'homme sain et dans les gastropathies, par F. MATONI et A. FERRANNINI. (*Riforma med.*,

6 novembre.) — De la formation de peptone dans l'estomac humain avec recherches sur la nutrition, par C. A. Ewald et G. Gumlich. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.) — La sécrétion du suc gastrique est-elle continue ou intermittente? par P. Postempki et B. Bocci. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, mai.) — Sur un moyen de déterminer la valeur quantitative des divers facteurs de l'acidité du suc gastrique, par Mathieu et Rémond. (*Soc. de biol.*, 15 et 29 novembre.) — Instrument pour recueillir de petites quantités de suc gastrique (panier en argent assujetti à un fil de soie), par Einhorn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1er septembre.) — Sur l'emploi du carbonate de chaux pour déterminer l'acidité du suc gastrique, par Hoffmann. (*Cent. f. klin. Med.*, 4 octobre.) — Action de quelques substances sur la température de l'estomac, par F. Ciancio. (*Riforma med.*, 15 octobre.) — Fièvre infectieuse gastrique avec exanthème et douleurs rhumatismales, par Moritz. (*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 16.) — Accès fébriles d'origine gastrique guéris par l'acide chlorhydrique après insuccès des antipyrétiques, par Moritz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1er septembre.) — De la dilatation de l'estomac comme cause de névrosthénie, par Dujardin-Beaumetz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 699, 4 août.) — Des accidents tétaniformes dans les affections de l'estomac, par Merlin. (*Loire méd.*, 15 novembre.) — Troubles nerveux à la suite de maladies de l'estomac, par Hildebrandt. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Hyperesthésie intense de l'estomac associée avec une formation excessive d'acide, par Taylor. (*Lancet*, 6 octobre.) — Larves de mouches vivantes dans l'estomac d'un enfant de 6 mois et demi, par Laudon. (*Deut. med. Woch.*, n° 26, p. 568.) — Le diagnostic actuel dans les maladies de l'estomac, par Purser. (*Dublin Journ.*, p. 449, décembre.) — Lésions histologiques des parois stomacales au début du cancer, par Oskar Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 649, 21 juillet.) — Cancer de l'estomac sans dyspepsie, par Siredey. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 novembre.) — Sténose du pylore par un liomyome dans un cas de gastrite chronique ulcéreuse, par B. Pernice. (*Sicilia medica*, n° 7, p. 455.) — De l'emploi de l'écorce de condurango dans le cancer de l'estomac, par Weinberg. (35 pages, *Heidelberg.*) — Ulcère perforant de l'estomac, péritonite circonscrite, mort au 15e jour, par Fitz. (*Boston med. Journ.*, 18 décembre.) — Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac, par Debove et Rémond. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 octobre.) — Symptomatologie de la péritonite par perforation d'ulcères de l'estomac, par Struck. (51 pages, *Tubingue.*) — Indication du traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac, par Nisser. (*St Petersb. med. Woch.*, 25 octobre.) — Carcinome de l'estomac développé au niveau d'un ulcère, par Eisenlohr. (*Münch. med. Woch.*, 11 novembre.) — Effets de la sténose expérimentale du pylore, par B. Pernice. (*Sicilia medica*, n° 7, p. 463.) — Sténose pylorique cicatricielle, par Goldschmidt. (*Münch. med. Woch.*, 30 décembre.) — Dilatation digitale du pylore pour sténose cicatricielle; mort, par Cutler et Richardson. (*Boston med. Journ.*, 18 décembre.) — Ma méthode de gastrostomie, par Girard. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Ærzte*, 1er octobre.) — Note sur un cas de gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Hector Cristiani (survie de 56 jours; analyses du suc gastrique de la fistule). (*Revue médic. Suisse romande*, X. 473, juillet.) — Tentative de suicide par ingestion de potasse caustique. Œsophagite intense, rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie. Mort par congestion pulmonaire, par Roux. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 438.) — Des perforations traumatiques de l'estomac et des intestins, par Reclus. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 447.) — Gastro-entérostomie, par Clarke. (*Lancet*, 6 décembre.) — Pylorectomie avec gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac, par Bull. (*N. York Acad. of*

med., 8 décembre.) — Gastro-entérostomie plutôt que résection pour le cancer du pylore, par WEIR. (*Ibid.*). — Paralysie motrice de l'estomac. Atrophie de la muqueuse stomacale. Gastro-entérostomie. Mort, par H. WESTPHALEN. (*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 37.) — Gastro-entérostomie pour un cancer du pylore, par CARL KOCH. (*Münch. med. Woch.*, 9 décembre.)

F

Face. — Sur l'exploration des mouvements de quelques muscles de la face, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 22 novembre.) — De l'hémiatrophie faciale progressive, par PAJENKAMP. (*Tubingue.*) — Pathologie des paralysies faciales soi-disant à frigore, par MENKEN. (*Tubingue.*) — De la restauration des apophyses géni, par GLORIE. (*Thèse de Paris*, 11 décembre.) — Cheiloplastie pour cancer, par SAINTES. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 881, 22 septembre.)

Ferment. — Administration de ferments digestifs, par AULDE. (*Therap. Gaz.*, 15 novembre.) — Sur un nouveau ferment digestif, la cradine (substance extraite du suc du figuier), par U. MUSSI. (*Riforma med.*, 29 octobre.) — Sur la présence des ferments (pepsine, trypsine, ptyaline) dans les liquides excrétés de l'organisme chez l'homme sain et malade, par J. BENDERSKY. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXI, Heft 3.)

Fièvre. — Étude expérimentale sur les frissons, contribution à la connaissance de la fièvre, par ALA. (*Riforma med.*, 5 décembre.)

Fièvre jaune. — Inoculations préventives de la fièvre jaune à l'aide d'un micro-organisme de l'urine des malades, par CARMONE Y VALLE. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er septembre.) — Étude sur les fièvres typho-malariennes et la fièvre jaune, par MARCOS ARRUDA. (*Ann. de thér. méd. chir.*, novembre.)

Fistule. — Nature et traitement de certaines formes de fistule vésico-intestinale, par HARRISON. (*London med. Soc.*, 8 décembre.) — Traitement des fistules recto-vaginales, par GROSS. (*Semaine méd.*, 10 décembre.) — Procédé pour l'occlusion des fistules recto-vaginales, par LE DENTU. (*Ann. de Gynéc.*, novembre, et *Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 589.) — Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale, par FÉLIZET. (*Bullet. Soc. chirurgie*, XVI, p. 701.)

Foie. — Recherches zoochimiques sur le foie de l'Helix pomatia, par MAX LÉVY. (*Zeit. für Biologie*, XXVII, p. 398.) — Structure du foie des sélaciens, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.) — Nature des cristaux qu'on trouve dans le noyau des cellules du foie, par GRANDIS. — Composition de la base qu'on trouve cristallisée dans le noyau des cellules hépatiques. par le même. (*Rendic. Accad. di Lincei*, VI, 6 et 7.) — Action physiologique de la gérontine, par le même. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n° 7.) — Traitement de la colique hépatique, par G. SÉE. (*La Méd. moderne*, 6.) — De l'ictère épidémique, par HENNIG. (*Leipzig.*) — Les ictères infectieux bénins et la maladie de Weil, par PILLIET. (*Progrès médical*, 18 octobre.) — Sur une forme spéciale d'hépatite mixte, par V. CERVELLO. (*Sicilia medica*, n° 7, p. 501.) — Sur les variétés de cirrhose hépatique, par SAUNDBY. (*Brit. med. Journ.*, 27 décembre.) — Contribution à la question

du pronostic dans la cirrhose hépatique, par G.-A. Chapiro. (*Vratch*, 45, 47.) — Cirrhose avec lésions parenchymateuses simulant la cirrhose graisseuse, par Pilliet. (*Tribune méd.*, 18 décembre.) — De la cirrhose hypertrophique du foie, par Rosenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 novembre.) — Diagnostic des abcès du foie, par P. K. Sel. (*Ibid.*, 25 août.) — Sur l'hépatite parenchymateuse aiguë circonscrite, par Mejia. (*Ibid.*, p. 809.) — Observation d'hépatite suppurée par Leo. (*Arch. de méd., navale*, décembre.) — Abcès volumineux du foie d'origine exotique, traité et guéri par la ponction suivie de lavage au sublimé, par Netter. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 juillet.) — Incision exploratrice et établissement d'une fistule biliaire temporaire pour combattre les accidents de congestion et d'hypertrophie du foie avec ictère très prononcé et accès fébrile, par Terrier. (*Bull. Acad. de méd.*, 4 novembre.) — Deux cas d'angiosarcome primitif du foie, par J. Arnold. (*Beit. zur pathol. Anat. von Ziegler*, VII, 1.) — Néoplasme traumatique du foie, par Thorspecken. (*Berlin. klin. Woch.*, p, 931, 6 octobre.) — Mélanosarcome du foie, par Nothnagel. (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 juin.) — Cancer primitif du foie, par Poulalion. (*Bull. Soc. anat.*, 20 juin.)

Fracture. — Fracture de côtes par action musculaire, 40 cas, par Tunis. (*Univ. med. mag.*, novembre.) — Pansement pour fracture de la clavicule, par Porter. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 décembre.) — Fracture de l'humérus traitée par l'extension, par Otz. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 653.) — Le traitement des fractures de l'avant-bras, par Scott. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 novembre.) — Un cas de fracture du bassin pendant la grossesse, par Lautenschlager. (In-8°, *Tubingue.*) — Guide du traitement des fractures et luxation des membres à l'aide de l'extension élastique, par Bardenheuer. (*Stuttgard.*) — Quelques points de l'historique et du traitement des fractures du fémur, par Habert Burge. (*N.-York med. Record.*, p. 92, juillet.) — Consolidation rapide d'une fracture du fémur, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 13 décembre.) — Du traitement chirurgical des pseudarthroses et des cals vicieux du fémur, par Simonot. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.) — Fracture spontanée du fémur par sarcome périostique et central de l'os, désarticulation de la cuisse; guérison, par Velo. (*Riforma med.*, 12 décembre.) — Fracture ancienne de la rotule. Ablation du fragment supérieur, par Chaput. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 608.) — Sur le traitement des fractures de la rotule par le massage sans immobilisation, par Huot. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement du retard de consolidation des fractures de jambe, par Ridlon. (*N.-York Acad. of med.*, 19 décembre.) — Des fractures de la jambe intra-utérines, par von Bungner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.) — De la conduite à tenir dans les cas de fractures compliquées de jambe, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, n° 48, p. 769.) — Pseudarthrose du péroné; enchevillement avec une cheville en os de veau fraîchement tué, par Routier. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 522.) — Une forme particulière de fracture de la jambe, remarques sur le mécanisme des fractures, par Helferich (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Fracture des quatre derniers métatarsiens. Gangrène. Glycosurie. Résection de ces quatre métatarsiens, par Hache. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 570.) — Le pansement des membres fracturés, par von Donhoff. (*N.-York med. Journ.*, 15 novembre.)

Furoncle. — Traitement de la furonculose, par Scharff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 12.)

G

Gale. — Érythème scabieux et ulcérations tertiaires, par FOURNIER. (*Union médic.*, 27 novembre.) — La créoline dans le traitement de la gale, par V. DE LOLLIS. (*La Riforma medica*, 17 juin 1890.)

Gangrène. — Un cas d'asphyxie symétrique des jambes, par E. GROUBERT. (*Wratch*, 43.) — Sur les nécroses des membres produits par les injections artérielles de caustiques alcalins, par T. CARBONE. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juillet.) — Sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique, par AUNE. (*Thèse de Lyon.*) — Gangrènes multiples de nature diabétique, par NEGEL et BOGDAN. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, IV, 4.)

Génitaux. — Sur la valeur morphologique du gland des mammifères, par RETTERER. (*Soc. de biol.*, 22 novembre.) — Absence congénitale du pénis, par RAUBER. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 3.) — Malformation des organes de la génération, utérus et vagin double, déplacement du rein droit, par HEPBURN. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Le développement des organes génitaux de la femme après la naissance et ses rapports avec la pathologie, par GRAPOW. (*Deut. med. Woch.*, n° 35, p. 788.) — Du traitement des imperforations de l'hymen, par SISMAN. (*Wien. klin. Woch.*, n° 23.) — Occlusions congénitales des petites lèvres; occlusion par brûlure des grandes lèvres, par DOHRN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 953, 13 octobre.) — Des relations de la thyroïde et de la mamelle avec les modifications des organes génitaux dans la grossesse et les maladies, par FREUND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.) — Cancroïde de la vulve, par M. STUMPF. (*Münch. med. Woch.*, 7 octobre.) — Adéno-carcinome de l'appareil urogénital, par GIROLAMO MIRTO. (*Sicilia medica*, n° 7, p. 510.) — Le traitement des affections sexuelles dans les sociétés de secours mutuels et dans les hôpitaux, par A. BLASCHKO. (*Berlin.*) — Canal de Nuck et hydrocèle congénitale, par RICHELOT. (*Union méd.*, 2 octobre.) — L'hydrastis, le viburnum et la piscidia dans les maladies génitales de la femme, par WILCOX. (*N. York med. Journ.*, 13 décembre.)

Géographie médicale. — Notes médicales sur Rio-de-Janeiro, par BORIER. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Fièvres endémiques aux Bermudes, par HARVEY. (*Brit. med. journ.*, 22 novembre.)

Glande. — Sur les modifications des épithéliums glandulaires durant la sécrétion, par GRANDIS. (*Accad. d. sc. Torino*, 8 juin et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 1 et 2.) — Le mécanisme de la sécrétion, par GEHUCHTEN. (*Anat., Anzeiger*, VI, 1.)

Glaucome. — Glaucome chronique et coloboma de l'iris et du cristallin, par LANG. (*Traus. opht. Soc. unit. kingdom*, X, p. 108.) — Glaucome après l'opération de cataracte, par COLLINS. (*Ibid.*, p. 108.) — Double glaucome chez une femme de 22 ans, iridectomie, vue restaurée d'un côté, par WATYON. (*Ibid.*, p. 136.) — Glaucome dans le jeune âge, par BRAILES. (*Ibid.*, p. 139.) — Etat actuel de nos connaissances sur l'anatomie pathologique du glaucome, par KNIES. (*Cent. f. path. Anat.*, n° 8.)

Goutte. — La chimie de la goutte, par Roberts. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 339.) — Sur le dépôt de cristaux d'urate, dans les tissus, par Roberts. (*Brit. med. Journ.*, 22 novembre.) — Débuts oculaires de la goutte et du rhumatisme, par Trousseau. (*Union méd.*, 27 septembre.) — Note sur un cas de gastralgie goutteuse, par Fourrier. (*Revue gén. de clin.*, n° 40, p. 641.) — Pièces de néphrite goutteuse, par Juergens. (*Berl. klin. Woch.*, p. 804, 1er septembre.)

Greffe. — Recherches expérimentales sur la transplantation des muqueuses, par Djatschenko. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, p. 641.) — Sur une nouvelle méthode chirurgicale de greffe glandulaire, par E. Aievoli. (*Riforma med.*, 1er décembre.) — Greffe cutanée dans l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure, par Redard. (*Gaz. méd.*, *Paris*, 13 décembre.) — Large plaie de la jambe, greffes cutanées, par Dale. (*Brit. med. Journ*, 29 novembre.) — Sur les greffes osseuses, par Kümmel. (*Münch. med. Woch.*, 28 octobre.)

Grippe. — L'épidémie de grippe dans les prisons de Lucerne, de Zurich, de Lenzbourg, de Bâle, de Neuchâtel et de Sedelhof, par Schmid. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Ærzte*, 15 avril.) — L'épidémie de grippe dans la prison de Berne, par Schærer. (*Idem*, p. 525.) — L'épidémie de grippe à l'asile bernois d'aliénés de la Waldau, par Von Speyr. (*Ibid.*, 15 août.) — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne sur l'épidémie de grippe. (*Ibid.*, 15 août.) — Symptômes et marche de l'épidémie de grippe observée à Empédocle le 6 janvier 1890, par P. Moscato. (*Riv. clin. e terap.*, n° 10, p. 505.) — La grippe à Rothesay, par A. Hall. (*Glasgow med. Journ.*, octobre.) — Quelques observations sur la récente épidémie de grippe (133 cas observés à Lausanne et dans sa banlieue), par Charles Krafft. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 459, juillet.) — Conclusions de l'enquête officielle belge sur l'épidémie de grippe de 1889-90. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 352.) — Rapport sur un mémoire sur la grippe à Saint-Lô, par Leclerc. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 juillet.) — La grippe dans les campagnes du Bengale, par Macphail. (*Glasgow med. Journ.*, septembre.) — Analyse de statistiques de 41,500 cas d'influenza, par Lee. (*Americ. Acad. of med.*, 3 décembre.) — Pathologie de l'influenza, par Morris. (*Ibid.*) — Réapparition de la grippe à Breslau, par O. Rosenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 764, 18 août.) — Sur l'influenza, par Marchiafava. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, mai.) — Remarques sur l'influenza, par Aufrecht. (*Deut. med. Woch.*, n° 42, p. 929.) — Sur l'influenza, par S. Tomaseli. (*Sicilia medica*, n° 7, p. 526.) — Influenza ou fièvre typhoïde? par Justi. (*Deut. med. Woch.*, n° 44, p. 973.) — La grippe et le système nerveux et, en particulier, des complications cérébro-spinales dans la convalescence, par Ulliel. (*Thèse de Lyon.*) — Action de la grippe sur le système nerveux, par Bidon. (*Marseille méd.*, n° 12.) — Les manifestations nerveuses de la grippe, par H. de Brun. (*La méd. moderne*, 30 octobre.) — Neurasthénie consécutive à l'influenza, par Lehr. (*Deut. med. Woch.*, n° 41, p. 908.) — Des affections médullaires consécutives à la grippe, par Benno Herzog. [2 cas de paralysie spasmodique (myélite disséminée) chez l'enfant.] (*Berlin. klin. Woch.*, p. 792, 1er septembre.) — Des troubles cérébraux consécutifs à la grippe (2 cas de mélancolie); un de sopor durant quinze jours (méningite cérébrospinale, par Fredrick Mueller. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 847, 15 septembre.) — Névroses et psychoses après la grippe, par Solbrig. (*Neurol. Cent.*, n° 11.) — Influence de la grippe sur les psychoses, par Barthels. (*Neurol. Cent.*, n° 6.) — Psychose, suite de grippe, par Becker. (*Ibid.*, n° 6.) — De la grippe dans ses rapports avec les maladies nerveuses et psychiques, par

DEVEANTER. (*Cent. f. Nervenh.*, mai.) — Des psychoses, suite de grippe, par JUTROSINSKI. (*Thèse de Strasbourg.*) — Des psychoses, suite de grippe, par AHRENS. (In-8°, *Tubingue.*) — Guérison d'un cas de paranoia suite de grippe, par METZ. (*Neurol. Cent.*, n° 7.) — Des psychoses grippales, par MISPELBAUM. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XLVII, 1.) — Idem, par MUNTER. (*Ibid.*). — Troubles psychiques suite de grippe, par PICK. (*Neurol. Cent.*, n° 4.) — Des paralysies et pseudoparalysies de l'enfance après la grippe, par KOHTS. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Des névrites consécutives à l'influenza, par HOMEN. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXIII, 12.). — Importance des bains de vapeur dans les névralgie grippales par FREY (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Des affections des voies respiratoires supérieures consécutives à l'influenza, par B. FRÆNKEL. (*Deut. med. Woch.*, n° 28, p. 606.) — De la pneumonie grippale, par DANCO. (25 pages, *Tubingue.*) — Sur quelques maladies de la peau survenant sous l'influence de la grippe, par SCHWIMMER. (*Wien. med. Woch.*, n° 37.) — Affections auriculaires grippales, par JONQUIÈRE. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, 15 août.) — Sur les maladies de l'oreille pendant la dernière épidémie de grippe, par SZENES. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 11.) — Des affections oculaires consécutives à la grippe, par G. GUTMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Atrophie du nerf optique et paralysie de l'oculo-moteur, suite d'influenza, par STŒWER. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, octobre.) — Affections oculaires consécutives à la grippe, par PFLUEGER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, 15 août.) — Iridocyclite embolique double consécutive à la grippe, par LAQUEUR. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 816, 8 septembre.) — De la névrite rétro-bulbaire consécutive à l'influenza, par EPERON. (*Progrès médical*, 13 décembre.) — Quatre cas de complications chirurgicales de la grippe (Ostéomyélite aiguë, abcès périnéphrétiques, orchite suppurée), par A. WALKER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, 1er août.) — Immunité contre la grippe assurée par le vaccin animal, par JULIUS GOLDSCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 décembre.)

Grossesse. — De l'anatomie et de la physiologie de l'utérus gravide, par ACCONCI. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Sur le rôle de la caduque réfléchie, par MINOT. (*Boston med. journ.*, 11 décembre.) — Un cas de grossesse avec conservation de l'hymen, par CAMPBELL. (*Edinb. med. Journ.*, septembre.) — Hyperémie des femmes enceintes comme indication de favoriser l'accouchement prématuré, par FRUITNIGHT. (*Americ. Journal of obst.*, décembre.) — Vomissements incoercibles chez une primipare, accouchement provoqué à 8 mois, guérison, par CAUBET. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Pneumonie et guérison, par FRAIGNIAUD. (*Ibid.*, novembre.) — De la polyurie gravidique, par VOITURIEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 16 mai et *Arch. de tocol.*, décembre.) — Des tumeurs malignes de l'utérus ou de ses annexes pendant la grossesse, par VERRIER. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 novembre.) — Végétations vulvaires de la grossesse, opération, guérison, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Rupture du fond de l'utérus au 8e mois de la grossesse, sans traumatisme ni douleurs, par SAURENHAUS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 645, 14 juillet.) — Deux cas de grossesse compliquée de tumeurs, par CHADWICK. (*Boston med. Journ.*, 4 décembre.) — Anatomie de la trompe gravide, par KLEIN. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 2.) — Matériaux pour servir à l'étude des formes ectopiques de la grossesse, par D. OTT. (*Wratch*, 43.) — Grossesse tubaire, cause de la rupture précoce, par SUTTON. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 55.) — Double laparotomie pour deux grossesses tubaires successives chez la même femme, par OLSHAUSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 762, 18 août.) — Enfant bien portant extrait il y a un an par laparotomie

d'une grossesse tubaire; mère opérée de nouveau avec succès pour rupture d'une grossesse de l'autre trompe, par OLSHAUSEN. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Grossesse dans une corne utérine accessoire rudimentaire. Opération. Guérison, par LEOPOLD LANDAU. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Grossesse tubaire au 2e mois; hémorragie foudroyante; laparotomie suivie de transfusion péritonéale d'une solution salée, par EUGEN HAHN. (*Ibid.*, p. 693, 28 juillet.) — Deux cas de grossesse tubaire, laparotomie, guérison, par WALKER. (*Americ. Journ. of obst.*, décembre.) — Grossesse extra-utérine avec perforation intestinale. Laparotomie. Guérison, par FLOTHMANN. (*Berlin. klin. Woch*, 3 novembre.)

Gynécologie. — Nouvelles observations à l'appui du traitement des maladies des femmes par l'ichthyol, par HERMANN et W. FREUND. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.)

Helminthe. — Recherches d'helminthologie, par BRAUN. (*Cent. f. Bakter.*, IX, 2.) — Un cas de filaire de Médine, par G. VELO. (*Riforma med.*, 10 novembre.) — Des entozoaires de l'encéphale, par SZCZYPIORSKI. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.)

Hémoglobinurie. — L'hémoglobinurie paroxystique, par P. CHÉRON. (*Union médicale*, 23 septembre.)

Hémophilie. — Un cas d'hémophilie observée à la première période menstruelle, par TOWNSEND (*Boston med. Journ.*, 27 novembre.) — Un cas d'hémophilie, par G. COHEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 574.)

Hémorragie. — Des hémorragies intrapéritonéales, par VEIT. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 15.) — De l'hémoptysie chez les gens bien portants en apparence, par D. NEWMAN. (*Glasgow med. Journ.*, octobre.) — Traitement des hémorragies utérines par l'appareil élytroptérygoïde, par CHASSAGNY. (*Lyon méd.*, 14 décembre.) — Les hémorragies des replis de la muqueuse intestinale et les érosions hémorragiques, par HARTTUNG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 847.) — Le penghawaar-djambi et le pakæ-kidang comme hémostatiques, par CHAPPET. (*Lyon méd.*, 30 novembre.)

Hernie. — Hernie diaphragmatique, passage de l'estomac dans la cavité pleurale, par JACOBSEN et MITCHELL. (*Lancet*, 22 novembre.) — Les hernies abdominales, par E. GRASER. (*Wiesbaden.*) — Des hernies de la ligne blanche entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, par von BERGMANN et KŒNIG. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — De la hernie ventrale médiane, par WITZEL. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 10.) — Étude de la hernie de la cavité de Douglas, par ZUCKERKANDL. (*Deut. Zeit f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.) — Maintien de mon interprétation de la genèse de la hernie inguino-interstitielle et de la hernie inguino-propéritonéale, par SCHMIDT. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Hernie inguinale, persistance du canal péritonéo-vaginal au-dessous du sac, sous la forme d'un cordon oblitéré; cure radicale, par JACQUES-L. REVERDIN. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 593, septembre.) — Des hernies survenant brusquement, au point de vue des assurances contre les accidents, par LAUENSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 806.) — Contribution à l'étude de la hernie obturatrice, par S.

Auerbach. (*Münch. med. Woch.*, 28 octobre.) — Hernie crurale étranglée, anus contre nature, par Chabaud. (*Gaz. méd. Toulouse*, 20 septembre.) — Deux épingles dans un sac herniaire (enfant de 3 ans), par Mc Burney. (*N.-York surg. Soc.*, 12 novembre.) — Hernie du cæcum, étranglement par une bride abdominale interne et intussusception à travers la valvule iléo-cæcale, par Bennett. (*Med. Chir. Trans.*, LXXIII, p. 129.) — Hernie étranglée opérée le quatrième jour ; gangrène du cæcum et de l'appendice ; établissement d'un anus artificiel. Mort par le tétanos le dixième jour après l'opération, par Perrin fils. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 604, septembre.) — Hernie crurale ; réduction ; formation ultérieure d'un abcès avec anus contre nature. Mort dans le collapsus, par Neiss. (*Ibid.*. X, 604, septembre.) — Pincement herniaire, opération, guérison, par Jacques-L. Reverdin. (*Ibid.*, X, 597, septembre.) — Sur quelques opérations tardives de hernie étranglée, par Poiteau. (*Rev. gén. de clin.*, n° 53, p. 843.) — L'opération de la herniotomie en cas de gangrène douteuse de l'intestin, par Helferich. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Symptomalotogie et traitement des hernies étranglées et contribution à l'opération radicale des hernies libres, par S. Hofmokl. (*Vienne.*) — Opération radicale de hernie par la méthode de Mac Ewen, par R. Köhler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 826, 8 septembre.) — De la cure radicale des hernies, par Hildemann. (30 p. *Tubingue.*) — Opération radicale d'une hernie inguinale par la méthode de Mac Ewen, par Lauenstein. (*Berl. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Trois opérations de hernie inguinale congénitale avec cryptorchidie, par Lauenstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Cinquante cas d'opérations de cure radicale de hernies non étranglées, par Barker. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 273.) — La hernie inguinale chez les soldats et la cure radicale, par C. Antonini. (*Riforma med.*, 8 décembre.) — Cure radicale d'une énorme éventration, par Le Dentu. (*Bullet. Soc. chir.*, XVI, p. 680.)

Herpès. — Herpès génitaux, par du Castel. (*Union médicale*, 28 octobre.) — Herpès en cocarde confluent du tronc, par Hallopeau. (*Soc. de dermat.*, 11 décembre.)

Histologie. — Procédé de pénétration des tissus par la paraffine pour obtenir des coupes histologiques d'étendue assez considérable, par E. Przeweski. (*Centralbl. f. all. Path.*, p. 832, n° 26.) — Le chlorure d'or comme agent colorant des tissus nerveux, par Upson. (*Journ. nerv. and ment. dis.*, XVII, p. 646.) — Nouvelle méthode de coloration des terminaisons nerveuses dans les muscles striés, par Negro. (*Boll. Musei di zool. Torino*, V, n° 76.) — Sur l'emploi de la galléine pour colorer le système nerveux central, par Aronson. (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, p. 377 et 393.) — Sur l'action paralysante de l'hydroxylamine sur les éléments contractiles, par Hofer. (*Zeit. f. wiss. Mikrosk.*, VII, 3.)

Hôpital. — Fâcheuses conditions des hospices d'enfants trouvés, par Erismann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 830, 8 septembre.) — L'hôpital municipal d'Urban à Berlin, par George Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.) — Annuaire des établissements hospitaliers de l'État de Hambourg, par Alfred Kast, 1re année 1889. (*Leipzig.*)

Hydatide. — Hydatide du poumon, mort après une ponction exploratrice, par Bristowe. (*London chir. Soc.*, 12 décembre.) — Kyste hydatique du poumon et de la plèvre. Pleurotomie siphon. Bronchostomie. Guérison, par L. Revilliod. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 554.) — Kyste hydatique de poumon, par Ferrand. (*Rev. gén. de clin.*, n° 51, p. 817.) — Empyème avec kystes hydatiques, par Thomas. (*Lancet*, 22 novembre.) — Kyste

hydatique uniloculaire du foie, par Orsi. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — Les kystes hydatiques multiloculaires du foie, par Vierordt. (*Berlin.*) — Des fistules biliaires consécutives à l'opération de la cure radicale des kystes hydatiques, par Thiéry. (*Gaz. méd. Paris*, 8 novembre.) — Indications thérapeutiques et traitement des kystes hydatiques du foie, par Verneuil. (*Gaz. méd. Paris*, 8 novembre.) — Modification à la méthode de Graves-Volkmann pour le traitement des kystes à échinocoques intrahépatiques, par S.-M. Zuco. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.) — Guérison de deux volumineux kystes à échinocoques du foie par le procédé de Baccelli (injection de sublimé), par S. Cappellani. (*Il Morgagni*, décembre.) — Kyste hydatique du foie en communication avec les bronches et avec les voies biliaires, intervention chirurgicale, par Pérignon et Mahieu. (*Journ. sc. méd. Lille*, 31 octobre.) — Kyste hydatique suppuré du foie traité par les injections de naphtol. Guérison, par Juhel Rénoy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juin.) — Hydatide de la vessie, par Blagowestschensky. (*Chir. Westnik*, juin.) — Kyste hydatique entre la vessie et le rectum, par Lunn. (*London path. Soc.*, 18 novembre.)

Hygiène. — Précis d'hygiène appliquée, par Richard. (*Paris.*) — Les méthodes de l'hygiène pratique, par K.-B. Lehmann. (*Wiesbaden.*) — Revue critique du congrès d'hygiène et d'assistance (Paris 1889), par G. Drouineau. (*Bordeaux.*) — Historique du développement du service de la médecine publique en Prusse, par A. Wernich. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, LIII, 297.) — Les médecins d'hygiène en Allemagne et en Autriche-Hongrie, par Girode. (*Annales d'hyg. publ.*, juillet.) — Composition de l'administration sanitaire en Belgique. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 332.) — Le congrès d'hygiène industrielle et de sauvetage d'Amsterdam, par Th. Belval. (*Ibid.*, VI, 338.) — Puits-filtre en beton comprimé, par L. Gody. (*Ibid.*, VI, 459.) — Du danger de l'emploi des boues de ville ou balayures de rues comme matériaux de remblai, par Louis Moreau. (*Ibid.*, VI, 426.) — Instructions pratiques à l'usage des administrations communales de Belgique pour prévenir et combattre la propagation des principales maladies épidémiques et transmissibles. Circulaire ministérielle du 29 octobre 1890. (*Ibid.*, VI, 437.) — Circulaire ministérielle belge du 11 novembre 1890, interprétant les articles 14 et 16 de la loi sur les comités de patronage des habitations ouvrières. (*Ibid.*, VI, 468.) — Circulaire ministérielle belge du 12 novembre 1890, relative aux secours aux mineurs blessés. (*Ibid.*, VI, 471.) — Circulaire ministérielle belge du 22 novembre 1390, relative aux types modèles d'abattoirs. (*Ibid.*, VI, 466.) — Sur les nouvelles institutions municipales d'hygiène à Paris (station de voitures pour transport de malades contagieux, étuves à désinfection), par Albert Josias. (*Revue d'hyg.*, juillet.) — Le service d'isolement à l'hôpital Saint-Antoine, par Maurice Letulle. (*Ibid.*, VII, 1073.) — Mesures sanitaires adoptées aux Etats-Unis et en France pour combattre la propagation des maladies contagieuses, par de Valcourt. (*Ibid.*, XII, 1054.) — L'assainissement de Marseille, par A.-J. Martin. (*Ibid.*, octobre.) — L'hygiène, la santé et l'économie, par Lorin. (In-8°, 163 p., *Limoges.*) — Dangers de l'exercice physique excessif, par Tompkins. (*N.-York med. Journ.*, 29 novembre.) — Rapport sur le règlement de la direction de la santé publique, par Paglioni. (*Rome.*) — Le climat et les conditions hygiéniques de la ville de Buenos-Ayres, par Arasa. (*Buenos-Ayres*, 1889.) — Les revendications ouvrières au point de vue de l'hygiène, par H. Napias. (*Revue d'hyg.*, août.) — La protection des ouvriers et la prévention des accidents professionnels, par E. Roth. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LII, 366, LIII, 119 et 331.) — A propos de la question des médecins scolaires, par Théod.

ALTSCHUL. (*Prague.*) — De l'inspection médicale des écoles, par ALTSCHUL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 880, 22 septembre.) — Hygiène scolaire en Hongrie, par SCHUSCHNY. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Hygiène pénitentiaire, par BAER. (*Ibid.*, 8 septembre.) — Les asiles de nuit à Berlin et le grand asile municipal, par GIRODE. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 117, août.) — Sur la viciation de l'air par les appareils de chauffage à gaz, par KNORR. (*Arch. f. Hyg.*, XI, 1.) — Le chauffage des appartements, par CHANTEMESSE. (*Rev. scientif.*, 29 novembre.) — De la déclaration des maladies transmissibles et des services de désinfection à Lyon et dans le Rhône, par BARD. (*Rev. sanit. de la province,* VIII, n° 155.) — Instructions pratiques à l'usage des administrations communales pour prévenir et combattre la propagation des principales maladies épidémiques et transmissibles, rédigées au nom de l'Académie belge, par JANSSENS et KUBORN. (*Le Mouvement hygiénique*, juillet.) — Loi belge du 4 août 1890, relative à la falsification des denrées alimentaires. (*Ibid.*, VI, n° 8, août.) — Essais de fabrication d'un pain de conserve avec du sang, par CHARDIN. (*Soc. de biol.*, 29 novembre.) — Les cuisines des restaurants, pensions, par L. REUSS. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIII, 481, juin.) — Présence de l'arsenic dans l'étamage des ustensiles destinés à l'usage alimentaire, par GABRIEL POUCHET. (*Ibid.*) — Les fumées des machines à vapeur à Paris, par O. DU MESNIL. (*Ibid.*, décembre.) — Le chauffage des habitations, par A. CHANTEMESSE. (*Ibid.*, décembre.) — Le vagabondage et son traitement, par MAURICE BENEDIKT. (*Ibid.*, décembre.) — L'hygiène au Chili, par L. REUSS. (*Ibid.*, octobre.) — Les dépôts mortuaires, par P. BROUARDEL. (*Ibid.*, octobre.) — La crémation, histoire, hygiène technique, par B. REBER. (*Genève.*) — La crémation à Zurich, par B. REBER. (*Lausanne.*) — Le danger d'employer des tuyaux de plomb pour les conduites d'eau potable, par C. SEYDEL. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LIII, juillet.) — Rapport au comité supérieur prussien pour les affaires médicales sur l'addition d'alcool aux vins de fruits, par von HOFMANN. (*Ibid.*, juillet.) — Le sort dans l'économie animale des poussières métalliques inhalées, par J. ARNOLD. (*Beit. zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1, Iéna.) — Appareil pour évaluer l'efficacité des respirateurs de poussières, par MICHAELIS. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 novembre.) — Arrêté ministériel prussien sur les mesures à prendre contre la propagation de la tuberculose. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Emploi de l'ouate salie et des vieux effets pour confectionner des vêtements, par GUNTHER. (*Ibid.*, 22 septembre.) — Les dépôts ruraux ou agricoles d'immondices, par G. DROUINEAU. (*Revue d'hyg.*, juillet.) — Rapport au conseil de salubrité de la Seine sur la nécessité de ranger les stations d'électricité de la 3e classe des établissements insalubres, par MICHEL LÉVY. (*Annales d'hyg. publ.*, juillet.) — Dangers et réglementation de la prostitution, par THIRY KAPOSI. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 août, p. 739.) — Prostitution et système abolitionniste, par B. TARNOWSKY. (*Hambourg.*)

Hypnotisme. — Le magnétisme et l'hypnotisme dévoilés, histoire critique, par STEFANONI. (In-8°, *Rome.*) — De l'hypnotisme et de son emploi dans la pratique médicale, par WETTERSTRAND. (122 p., *Vienne.*) — L'hypnotisme, par W. PREYER. (*Vienne.*) — Bibliographie de l'hypnotisme moderne, par DESSOIR. (In-8°, *Berlin.*) — Les médecins et la suggestion, par A. FOREL. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Ærzte*, 15 août.) — La comédie de l'hypnose, par FR. FUCHS. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — Statistique des malades traités à la Charité par les méthodes dérivées de l'hypnotisme en 1890, par LUYS. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 26 décembre.) — Considérations sur l'hypnotisme, par L. CORNING. (*N.-York med. Record.*, p. 509, 8 novembre.) — Les suggestions criminelles, par BERNHEIM. (*Rev. méd. de*

l'Est, n° 18.) — Emploi de l'hypnotisme comme moyen d'éducation professionnelle des infirmiers, par FOREL. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Ærzte*, 1er juillet.) — De la mémoire dans l'hypnotisme, par PITRES. (*Gaz. méd. Paris*, 22 novembre.) — La nutrition dans l'hypnotisme, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.)

Hystérie. — Sur l'absorption sous-cutanée dans l'hémianesthésie hystérique, par GUICHON. (*Thèse de Lyon.*) — La nutrition dans l'hystérie, par GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. (*Progrès médical*, 27 septembre.) — De la fièvre hystérique, par BOULAY. (*Gaz. des hôp.*, 25 decembre.) — Des rapports de l'hystérie avec l'appareil génital ; un cas d'hystérie chez l'homme après l'urétrotomie externe, par REISCHAUER. (*Tubingue.*) — Quelques cas d'hystérie chez l'homme, par CLARKE. (*Lancet*, 20 decembre.) — Des variations de la personnalité dans les états hystériques, par PITRES. (*Gaz. des hôp.*, 2 décembre.) — De la dermographie, par CORNU. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Dermographie ou autographisme, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 novembre.) — Paralysie faciale hystérique, par GILBERT BALLET. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 novembre.) — Du mutisme hystérique, par NORDHOF. (In-8°, *Tubingue.*) — Du mutisme et du bégayement hystériques, par PITRES. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Hysterie à manifestations variables, cécité et mutisme, par BOSSION. (*Bull. méd. de l'Algérie*, n° 5.) — De l'apsithyrie, mutisme hystérique avec deux nouvelles observations, par FÉLIX PELTESOHN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 681, 28 juillet.) — Du vigilambulisme hystérique, par CHARCOT. (*Mercredi méd.*, 17 décembre.) — De l'hystérie simulant la chorée de Sydenham, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre, et *Journ. conn. méd.*, 4 décembre.) — De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine, par NEVEU DEROTRIE. (*Thèse de Paris*, 26 novembre.) — De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatique, par PITRES. (*Progrès médical*, 6 décembre.) — Paralysie des deux nerfs oculo-moteurs communs d'origine hystérique, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 décembre.) — De la migraine ophtalmique hystérique, par BABINSKI. (*Arch. de neurol.*, n° 60.) — Traitement général de l'hystérie, par PITRES. (*Revue gén. de clinique*, n° 38, p. 601.) — Traitement des attaques convulsives hystériques, par PITRES. (*Ibid.*, n° 37, p. 585.) — Un cas d'hystérie grave guérie par la suggestion à l'état de veille, par G. BELFIORE. (*Rivista clinica e terap.*, n° 9, p. 450.)

I

Idiotie. — Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (idiotie myxœdémateuse), par BOURNEVILLE. (*Progrès médical*, 28 juin.) — Psychologie de l'idiot et de l'imbécile, par SOLLIER. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.)

Inhalation. — L'inhalation continue d'oxygène dans la pneumonie grave et d'autres maladies, par BLODGETT. (*Boston med. Journ.*, 20 novembre.)

Infection. — Recherches bactériologiques sur l'auto-infection, par STEFFECK. (*Zeit. f. Geburst.*, XX. 2.) — La maladie infectieuse d'après les travaux récents, par H. SURMONT. (*Bull. méd. du Nord*, nos 21 et 22.) — Contribution à l'étude des maladies infectieuses contagieuses, par ERNST REGER. (*Berlin.*)

Inflammation. — Sur les foyers inflammatoires et l'aire inflammatoire, par Samuel. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXI, 2.)

Injection. — Contribution à l'étude de la méthode hypodermique, par Hamon du Fresnay. (*Annales Soc. méd. Anvers*, p. 193, novembre.)

Intestin. — Recherches sur l'épithélium de l'intestin grêle, par Nicolas. (*Intern. Monats. f. Anat.*, VIII, 1.) — Disposition anormale de la portion iléo-cæcale de l'intestin, par Bennet et Rolleston. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Constipation et nervosisme, par Arndt. (*Soc. méd. de Greifswald*, 9 février.) — Traitement de la diarrhée chronique par le repos et le massage, par Eccles. (*Practitioner*, décembre.) — Nouvelle note sur l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée, par Hayem. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 juin.) — De l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée verte, par Thomas. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 677.) — Etiologie de la pérityphlite, par Langheld. (31 pages, *Tubingue.*) — De la pérityphlite, par Schnellen. (31 pages, *Tubingue.*) — Colique appendiculaire, par Talamon. (*La Méd. moderne*, 30 octobre.) — Un cas de pérityphlite, par Schrenck. (*Münch. med. Woch.*, 21 octobre.) — De l'appendicite, par Barié. (*Revue gén. de clinique*, n° 39, p. 617.) — Typhlite, pérityphlite et appendicite, par Chaput. (*Ibid.*, n°s 40 et 41.) — Appendicite, par Gay. (*Boston med. journ.*, 11 décembre.) — Un fait d'appendicite perforante suraiguë, par Lejars. (*France méd.*, 31 octobre.) — Sur la typhlite et l'appendicite, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 630 et 636.) — De l'appendiculite chez la femme, par Richelot. (*Ibid.*, XVI, p. 625.) — Résection de l'appendice vermiforme, par Reclus. (*Ibid.*, XVI, p. 557.) — Du traitement chirurgical de l'appendicite et de la pérityphlite, par Berger. (*Ibid.*, XVI, p. 612.) — Du traitement médical de la pérityphlite, par Trastour. (*Revue gén. de clin.*, n° 46, p. 729.) — Deux cas de rechute d'appendicite, opération entre les attaques, extirpation de l'appendice, guérison, par Porter. (*Boston med. journ.*, 25 décembre.) — Du traitement chirurgical de la pérityphlite, observations sur l'opération en deux temps, par Sonnenburg. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 13.) — Calcul intestinal, par Richelot. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 539.) — Du pincement latéral de l'intestin, par Foure. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — Laparotomie pour rupture traumatique de l'intestin, par Moty. (Rapport par Chauvel.) (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 428.) — Pince pour l'intestin, par Quénu. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 785.) — Tuberculose intestinale, par Grawitz. (*Soc. méd. de Greifswald*, 1er mars.) — Tuberculose intestinale localisée, entérorraphie, guérison, par Frank. (*Prager med. Woch.*, n° 23.) — Gangrène annulaire de l'intestin, par Grawitz. (*Deut. med. Woch.*, n° 30, p. 651.) — Carcinome médullaire du côlon descendant, par Schede. (*Deut. med. Woch.*, n° 25, p. 554.)

Iris. — Contribution à l'étude de la signification morphologique et de la structure du ganglion ciliaire, par Antonelli. (*Giorn. Associaz. dei natur. Napoli*, n° 3.) — Coloboma de l'iris et de la choroïde en rapport avec la persistance de la membrane capsulo-papillaire, par Seggel. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, août.) — Iridérémie traumatique, vision bonne, par Mackinlay. (*Trans. opht. Soc. unit. kingdom*, X, p. 195.) — Mydriase persistante après un traumatisme léger, par Gunn. (*Ibid.*, p. 196.) — De la guérison spontanée de la tuberculose irienne, par van Duyse. (*Ann. Soc. méd. Gand*, juillet.)

K

Kyste. — Kyste vibratile sous-cutané, par K. Hess. (*Beitraege zur pathol. Anat. Ziegler*, VIII.) — Kyste des conduits de Gärtner, par Walther. (*Bull. Soc. anat.*, 19 octobre.) — Kyste dermoïde contenant un bassin osseux, par Dombrowsky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 858, 15 septembre.) — Kystes dermiques congénitaux et fistules de la rainure coccygienne, par Després. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 614.)

L

Lacrymal (App.). — De la caroncule lacrymale ; le demodex folliculorum dans les bulbes des cils, par Stieda. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Contribution à l'anatomie pathologique des voies lacrymales, par Moauro. (*Giorn. associaz. dei natur. Napoli*, nos 2 et 3.) — Oreillons des glandes lacrymales, par Dufour. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, p. 490.) — Traitement des rétrécissements du canal lacrymal, par Gelpke. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Larmes de sang, par Cross. (*Opht. soc. of unit. kingdom*, 11 décembre.)

Lait. — L'action des sels de chaux sur la caséine et le lait, par Ringer. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — Les protéides du lait, par Halliburton. (*Ibid.*, XI, 6.) — De la présence de saletés dans le lait du commerce, par Renk. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 881, 22 septembre.) — Stérilisation du lait par la chaleur, par Vinay. (*Annales d'hyg. publ.*, juillet.) — Stérilisateur pour lait de ménage, par Berdez. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 771, décembre.) — Appareil pour stériliser le lait dans les ménages, par A. Hippius. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — De la stérilisation du lait pour nourrissons, avec démonstration d'un nouvel appareil, par Theodor Escherich. (*Ibid.*, 10 novembre.)

Langue. — Les terminaisons des nerfs dans la muqueuse et dans les glandes séreuses de la langue des mammifères, par Fusari et Panasci. (*Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Langue géographique liée à la dentition, par Michelson. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Glossite superficielle chez une tuberculeuse atteinte de bothriocéphalie, par Michelson. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Glossite papuleuse aiguë, par P. Michelson. (*Ibid.*, 24 novembre.) — Affection lardacée de la langue (syphilis ?), par Litten. (*Ibid.*, p. 825, 8 septembre.) — Ulcère tuberculeux de la langue, par Dowd. (*N. York pathol. soc.*, 28 mai.) — Tumeurs dermoïdes de la langue, par Barker. (*London clin. soc.*, 28 novembre.)

Laparotomie. — Du mode de formation des adhérences péritonéales après la laparotomie, par Kelterborn. (*Cent. f. Gynaek.*, 20 décembre.) — Rupture répétée de la plaie abdominale après la myomotomie, par Everke. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 2.) — Des laparotomies répétées chez le même sujet, par von Velits. (*Ibid.*, XX, 2.) — Sur une série de 25 sections péritonéales, par Audry. (*Ann. de gyn.*, novembre.) — Trois laparotomies

suivies de guérison pour : 1° blessure par arme à feu de l'estomac et de l'intestin ; 2° blessure du foie par arme à feu ; 3° plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon, par FLAMERDINGHE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 866.) — Trente-cinq laparotomies, par A. TSANDER. (*Wratch*, 48.) — Série de 30 laparotomies, par PARKES. (*Americ. j. of med. sc.*, septembre.) — Technique de la laparotomie. Discussion de la société d'obstétrique et gynécologie de Berlin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 779, 25 août.) — Le pronostic des laparotomies, par P. RUGE. (*Berlin.*)

Larynx. — L'examen de la paroi postérieure du larynx, par KILLIAN. (In-8°, *Iena.*) — De la photographie du larynx et de la cavité buccale, par RICHARD WAGNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 décembre.)—Nouveau micromètre laryngien, par RICHARD WAGNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Discussion de la société laryngologique de Berlin sur la définition et les limites des cordes vocales vraies. (*Ibid.*, p. 900, 29 septembre.) — Mort subite, probablement par œdème de la glotte, par MINOT. (*Boston med. j.*, 4 décembre.) — Ulcération sous-glottique suivie d'emphysème généralisé, par MURRAY. (*London path. soc.*, 18 novembre.) — Epiglottite phlegmoneuse, par CHIARI. (*Wiener klin. Woch.*, n° 46.) — Sur la pachydermie du larynx, par A. KUTTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 817, 8 septembre.) — Discussion de la Société laryngologique de Berlin sur la blennorrhée de Stœrk. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 898, 29 septembre.) — Formes larvées de la tuberculose laryngée, par SOKOLOWSKI. (*Arch. de laryng.*, III, 6.) — Tuberculose laryngée chez un enfant de 10 mois syphilitique, par FALKENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 953, 13 octobre.) — Du lupus primitif du larynx, par LANGIE. (*Przeglad lekarski*, n° 9.) — Traitement de la tuberculose laryngée, par SPRENGER. (26 p., *Tubingue.*) — Le traitement local de la phtisie laryngée, par J. SCHEINMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 novembre.) — Parallèle des inflammations spécifiques du larynx, par ITALIA-CANNIZO. (*Rev. clin. e terap.*, n° 11, p. 566.) — De la laryngotomie et de la dilatation dans les rétrécissements du larynx, par BERGMANN. (*St Petersb. med. Woch.*, 18 octobre). — Examen laryngoscopique et microscopique d'atrophies musculaires consécutives à la section du laryngé supérieur, par EXNER. (*Int. klin. Rundschau*, 16 novembre.) — Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par ONODI. (*Monats f. Ohrenh.*, XXIV, II, et *Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — L'immobilité progressive d'une corde vocale, valeur diagnostique, par HUNTER MACKENZIE. (*Brit. laryng. Assoc.*, 28 novembre.) — Persistance de l'immobilité de la corde vocale droite après guérison d'une attaque d'hémiplégie, par LENNOX BROWNE. (*Brit. laryng. Assoc.*, 28 novembre.) — Sur la toux aboyante de la puberté, par CLARK. (*Brit. med. j.*, 20 décembre.) — Luxation habituelle de l'articulation crico-thyroïdienne, par H. BRAUN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 935, 6 octobre.) — Fracture du larynx suivie de guérison, par ALFRED SOKOLOWSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 915, 6 octobre.) — Sur le tubage du larynx, par SEIFERT. (*Münch. med. Woch.*, 15 juillet.) — Indications thérapeutiques et techniques du tubage du larynx, par GILLET. (*Rev. gén. de clin.*, n° 48, p. 767.) — Du tubage du larynx, par O'DWYER et RANKE. — Lésions pathologiques consécutives au tubage, par NORTHRUP. — Résultats obtenus dans 512 cas de tubage, par MOUNT BLEYER. (*Cong. de Berlin. Rev. de lar.*, 15 décembre.) — Tumeur au-dessous de la corde vocale gauche ; laryngotomie partielle suivie de périchondrite ; trachéotomie, guérison, par A. KOEHLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 décembre.) — Des myxomes du larynx, par THIÉBAULT. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.) — Ablation d'un angiome intra-laryngé, par BEAN. (*Northwestern Lancet*, 1er mars.) — Extirpation totale du larynx, 1 cas, guérison ; extirpation partielle, 1 cas,

par Meyer. (*N. York surg. soc.*, 26 novembre.) — Tumeur d'une corde vocale, thyrotomie, épithéliome, par Dundas Grant. (*Brit. laryng. Assoc.*, 28 novembre.)—Ablation pour cancer d'une moitié du larynx, de l'épiglotte et de l'os hyoïde ; récidive mortelle au bout de neuf ans chez un homme de 78 ans, par Eugen Hahn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 693, 28 juillet.) — Ablation unilatérale du larynx pour cancer, guérison, par Socin. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — De la laryngectomie, indications, valeur thérapeutique, choix du manuel opératoire, par Mongour. (*Thèse de Bordeaux.*) — Statistique d'extirpation du larynx, 219 cas, par Kraus. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 15.)

Lèpre. — De la transmissibilité de la lèpre, par A. Vossius. (*Beitraege zur pathol. Anat. Ziegler*, VIII, 2.) — La lèpre au point de vue de la contagion, par Menos. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Sur les cellules géantes de la lèpre et les relations avec les colonies de bacilles lépreux, par Ramon y Cajal. (*Gaceta sanit. Barcelone*, juillet.) — Lésions des nerfs périphériques dans la lèpre anesthésique, par Dehio. (*St Petersb. med. Woch.*, 13 décembre.) — Cas de lèpre, par Max Joseph. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 décembre.) — Sur un cas de lèpre tuberculeuse, amélioration rapide par l'huile de Chaulmoogra, par Brousse. (*Gaz. hebd. sc. méd., Montpellier*, 20 décembre.) — La méthode de Koch et la lèpre, par Arning. (*Soc. de méd. Hambourg*, 2 décembre.) — Idem, par Joseph. (*Soc. de méd. Berlin*, 26 novembre.)

Leucémie. — Etude de la leucémie aiguë, par Leyden. (In-8°, *Tubingue.*) — Infiltration leucémique diffuse, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.)

Lèvre. — Contre le traitement radical du cancer de la lèvre inférieure à une période avancée, par Zielewicz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 540.)

Lichen. — Anatomie du lichen plan, par Török. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 3.) — Etude du lichen ruber, par Hamacher. (45 pages, *Tubingue.*)

Lipome. — Des lipomes péritonéaux, par Kisch. (*Wien. med. Presse*, n° 20, p. 785.) — Lipome arborescent du genou, par Bazy. (*Bullet. soc. chirurg.*, XVI, p. 649.) — Lipome frontal, par de Ruyter. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 novembre.)

Lupus. — Lupus de la langue, de la gorge et du larynx chez un tuberculeux, par Michelson. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Lupus du front rebelle. Extirpation. Autoplastie par la méthode italienne. Section du pédicule le dixième jour. Guérison, par Schwartz. (*Bullet. soc. chirurgie*, XVI, p. 782.) — Développement d'un épithéliome sur un lupus, par Blaschko. (*Berl. klin. Woch.*, 17 février.) — Du lupus des extrémités, par Reuter. (39 p., *Tubingue.*) — Du lupus utérin, par Zweifel. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Du lupus érythématode, de son traitement en particulier par l'hydroxylamine, par Vobis. (44 p., *Tubingue.*) — Traitement du lupus vulgaire, par Jarisch. (*Centralbl. f. Therapie*, p. 450.) — Traitement du lupus vulgaire par les injections sous-cutanées à distance, par Morel-Lavallée. (*Bull. méd.*, 14 décembre.)

Luxation. — Luxation en avant de la 4e vertèbre cervicale, mort d'asphyxie en 16 heures, par Nash. (*Lancet*, 22 novembre.) — 1° Luxation compliquée de l'extrémité acromiale de la clavicule ; 2° diastase compliquée de la symphise pubienne chez un enfant ; 3° transformation d'une luxation pubienne

en luxation ischiatique, par FISCHER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.) — De l'opération de la luxation irréductible du pouce, par ROSE. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — Luxation de l'os semi-lunaire, par STIMSON. (*N. York surg. soc.*, 12 novembre.) — Luxation ancienne de la hanche. Résection de la tête du fémur. Evidement de la cavité cotyloïde oblitérée ; réduction du col fémoral dans cette cavité. Guérison avec néarthrose solide, par RICARD. (*Bullet. soc. chir.*, XVI, p. 714.) — Un cas de malformations multiples et traitement des luxations congénitales de la hanche, par TEUFEL. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIX, 310.) — Traitement opératoire des luxations anciennes de la hanche, par NÉLATON. (*Mercredi méd.*, 26 novembre.) — Traitement de la luxation congénitale du fémur, par KOELLIKER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 827, 8 septembre.) — Traitement des luxations congénitales, par RECLUS et FORGUES. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 novembre.) — Luxation du genou droit en avant, par V. OREL. (*Roussk. med.*, 9 septembre.) — Du mécanisme des luxations doubles de l'astragale, par ROCHET. (*Rev. d'orthop.*, n° 6.)

Lymphatique. — Sur le rôle de la peptone dans le système lymphatique, par SHORE. (*Journ. of phys.*, XI, n° suppl.) — Les ganglions hémolymphatiques prévertébraux, par ROBERTSON. (*Lancet*, 29 novembre.) — Nature tuberculeuse de certaines varices lymphatiques, par HALLOPEAU et GOUPIL. (*Soc. de dermat.*, 13 novembre.) — La poly-adénopathie tuberculeuse, par GRANCHER. (*Union méd.*, 2 décembre.) — Sur une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse, par HALLOPEAU et GOUPIL. (*Ann. de dermat.*, I, 12.) — Ganglions caséeux ouverts dans l'œsophage, par VOELCKER. (*London path. soc.*, 18 novembre.) — Traitement opératoire des ganglions tuberculeux, résultats, par NOORDEN. (*Beit. z. klin. Chir.*, VI.) — Traitement des ganglions tuberculeux par l'ignipuncture, par HEYNACHER. (*Thèse, Halle.*) — Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme et de son traitement par le drainage et l'antisepsie utérine, par LABORIE. (*Thèse de Paris*, 26 novembre.) — A propos de la structure et de la marche clinique du lymphadénome malin, par J. S. BERESOWSKY. (*Roussk. med.*, 21 et 28 octobre.) — Lymphome malin, par ZEHNDER (*München. med. Woch.*, 30 septembre.)

M

Main. — L'innervation de l'éminence thénar, par LEJARS. (*Soc. anat.*, 10 octobre.) — Un cas de doigt à ressort, par G. KLEMPERER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 876, 22 septembre.) — Déformation des doigts de cause générale, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Rev. gén. de clin.*, n° 51, p. 809.) — Vices de conformation de la main droite, deux index au lieu de pouce, par DAMOURETTE. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Un cas d'absence congénitale du petit doigt et de son métacarpien de la main droite, par MIES. (*Archiv f. pathol. Anat.*, XXI, 2.) — Adhérences vicieuses des doigts, par BOIS. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 523.) — Traitement de la flexion forcée cicatricielle des doigts, par BOIS. (*Rev. d'orthop.*, n° 6.) — Myome à fibres lisses de l'éminence thénar, par CASTEX. (*Soc. anat.*, 18 juillet.) — Epithélioma du dos de la main, par CH. NANCREDE. (*Transact. Amer. surg. Assoc.*, VIII, p. 65.)

Maladie. — Les maladies sous la dépendance de la météorologie, par A. Magelssen. Traduction allemande, par Walter Berger. (*Leipzig.*)

Maladies professionnelles. — Septicémie aiguë chez un égoutier, par Vimont. (*France méd.*, 31 octobre.) — Sur la morbidité et spécialement sur la morbidité professionnelle, par Jacques Bertillon. (*Rev. d'hyg.*, XII, novembre.)

Malformation. — Malformations multiples par brides amniotiques chez un enfant de trois mois, par Hagenbach. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.)

Mamelle. — De la galactophorite, par Arbel. (*Thèse de Paris*, 11 décembre.) — Tuberculose de la mamelle, femme, par Ely. (*N. York pathol. soc.*, 28 mai.) — Mamelle kystique, par Verchère. (*Soc. anat.*, 4 juillet.) — De la maladie kystique de la mamelle, par Sicre. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Kyste dermoïde du sein droit chez une femme de 66 ans, par Herrmann. (*Prager med. Woch.*, 29 octobre.) — Recherches cliniques et statistiques sur les tumeurs du sein chez l'homme, par Schuchardt. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Epithélioma cylindrique du sein, par Castex. (*Soc. anat.*, 18 juillet.) — Cancer du sein, généralisation au système osseux, par Létienne. (*Soc. anat.*, 10 octobre.) — Epithélioma polykystique du sein, par J. L. Reverdin, et Albert Mayor. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 464, juillet.) — Du cancer de la mamelle, par Gropler (49 pages, *Tubingue.*)

Massage. — Massage et gymnastique, par Axton Bum. (*Vienne.*) — La technique du massage, par Zabludowski. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — De la pratique du massage, par Gilles. (Broch., *Paris.*) — Contribution à la casuistique du traitement de l'agalactie par le massage, par K. Schultz. (*Wratch*, 48.) — Quelques mots sur le massage gynécologique. Description de la méthode de Brandt pour le traitement du prolapsus utérin, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 novembre.) — Du massage précoce dans les luxations après réduction, par Fége. (*Rev. d'hyg. thér.*, décembre.)

Maxillaire. — Forme et dimensions de l'apophyse coronoïde dans la mâchoire humaine, par Biondi. (*Arch. per l'antropol.*, XX, 2.) — Sur les insertions des muscles masticateurs de la mâchoire et sur la morphologie du condyle chez l'homme, par Parigi. (*Arch. per l'antropol.*, XX, 2.) — Sur l'empyème de l'antre d'Highmore, par Schütz. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 11.) — De l'empyème de l'antre d'Highmore, par Nordmann. (*Thèse de Strasbourg.*) — L'empyème de l'antre d'Highmore par Bloch. (*Thèse, Kœnigsberg.*) — Nouvel instrument pour la ponction du sinus maxillaire, par Schwartz. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — Constriction de la mâchoire datant de 27 ans chez une femme de 34 ans, par Mears. (*Philad. Acad. of surg.*, 3 novembre.) — Opération pour l'ankylose temporo-maxillaire, section du col, par Penrose. (*Med. News*, 6 décembre.) — Fractures de la mâchoire inférieure, par Smale. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — Traitement des fractures du maxillaire, par Gibson. (*Dental Cosmos*, n° 8.) — Résection des maxillaires supérieurs avec ligature préliminaire des deux carotides externes, deux cas, par Lange. (*N. York surg. soc.*, 26 novembre.) — Cinq faits d'ablation des maxillaires pour sarcome, par W. Hamilton. (*Journ. Amer. med. assoc.*, p. 775, 29 novembre.)

Médecine (Hist.). — La direction actuelle de la médecine scientifique, par Christie. (*Practitioner*, décembre.) — Les chirurgiens d'aujourd'hui, par

L. Revilliod. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 666.) — Essai d'histoire médicale. La chirurgie à Lyon, son développement, ses grands hommes, par Coup. (*Thèse de Lyon.*) — A travers l'exposition, promenade d'un médecin, par Crouigneau. (In-8°, 514 pages, *Paris.*) — Le papyrus d'Ebers, le plus ancien livre de médecine traduit de l'égyptien en allemand, par H. Joachim. (*Berlin.*) — Georges Heuermann, sa description allemande de l'extraction de la cataracte (1756) et de l'opération de Saemisch (1765), par Norrie. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, septembre.) — Etude sur Habicot et sur l'anatomie et la chirurgie de son époque, par Vaucaire. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.)

Médecine légale. — Vade-mecum médico-légal pour les autopsies, par von Kobylecki. (*Hambourg.*) — L'anthropologie judiciaire à Paris en 1889. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, 15 sept.) — L'affaire Gouffé, par Lacassagne. (In-8°, *Paris.*) — Les suggestions criminelles, par Laurent. (*Arch. anthrop. crimin.*, V, n° 30, 15 novembre.) — De la délivrance des certificats médicaux pour l'assurance des ouvriers en cas d'accidents professionnels, par H. Schmidt-Rimpler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 784, 25 août.) — L'état mental d'E. Caporal, auteur de l'attentat sur Crispi, par Virgilio. — Idem, par Bianchi et de Crecchio. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — Recherches expérimentales sur certaines altérations accidentelles ou frauduleuses du papier et de certaines écritures, par Bruylants. (*Bull. Acad. de Belgique*, IV, 10.) — Sur un cas de déchirures traumatiques de la rate chez un enfant de dix jours, par Coutagne. (*Lyon méd.*, 21 décembre.) — Ruptures multiples de la rate chez un nouveau-né, par Coutagne. (*Soc. de méd. lég.*, 8 décembre.) — Perforations de l'estomac post mortem, par Vibert. (*Ibid.*, 8 décembre.) — La méthode de Koch au point de vue juridique, par Constant. (*Ibid.*, 8 décembre.) — Etude médico-légale sur les hémorragies méningées chez les nouveau-nés, par H. Richardière. (*La méd. moderne*, 23 octobre.) — Contribution à la critique de la valeur de la docimasie pulmonaire chez les nouveau-nés, par P. Dittrich. (*Prager med. Woch.*, n° 70.) — Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives, par Marsais. (*Thèse de Lyon.*) — Discussion à la Société de médecine légale sur le droit de réquisition des médecins experts par la justice. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXIII, 549, juin.) — Le duel au point de vue médico-légal et particulièrement dans l'armée, par Charles Teissier. (*Ibid.*, juillet.) — Rapport médico-légal sur un persécuté homicide (assassinat Roux), par Gilbert Ballet et Ch. Vibert. (*Ibid.*, juillet.) — Suicide par section du cou, par Ch. Vibert. (*Ibid.*, XXIV, p. 175, août.) — Attentat à la pudeur (pédérastie) : examen de la chemise de la victime, par Cauvet. (*Ibid.*, XXIV, 177, août.) — De l'hérédité des gynécomastes, par Em. Laurent. (*Ibid.*, XXIV, 43, juillet.) — Cas de mort déterminée par un simple cathétérisme du col utérin durant des manœuvres abortives, par Vibert. (*Ibid.*, XXIV, 541, décembre.) — Les statistiques criminelles et le libre arbitre, par Louis Proal. (*Ibid.*, XXIV, 235, septembre.) — La déclaration des maladies contagieuses épidémiques et le secret médical (imminence de poursuites contre un médecin, par L. Bouloumié. (*Revue d'hyg.*, XII, 1062.) — De l'analogie des lésions causées par le phosphore et par l'agaric mouche, par Robert Müller. (*Viertelj f. gerichtl. Med.*, LIII, 66, juillet.) — Un meurtre doit être exclu et le suicide admis dans le cas de mort violente du capitaine Gischden (plaie pénétrante du thorax par un instrument tranchant et plaie par coup de feu du crâne, toutes deux à gauche), par F. Erhardt. (*Ibid.*, LIII, 84, juillet.) — Deux faits remarquables de fracture de la base du crâne (le premier est une fracture indirecte de l'orbite chez un enfant de 18 mois), par Hans Flatten. (*Ibid.*,

p. 15, juillet.) — Rapport médico-légal sur un cas de perforation intestinale (jejunum) mortel, causée par un coup porté avec une brique, par PETERS. (*Ibid.*, p. 1, juillet.) — Des affections pulmonaires consécutives aux traumatismes craniens, par FLATTEN. (*Ibid.*, 248, octobre.) — Blessure de la phalange unguéale d'un doigt, par BURGHARD. (*Ibid.*, 245, octobre.) — Meurtre ou suicide? par SURY-BIENZ. (*Ibid.*, 234, octobre.) — Rapport médico-légal sur une inculpée de meurtre, par F. FRANKE. (*Ibid.*, 256, octobre.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'un tisserand accusé d'infanticide, par BINSWANGER. (*Ibid.*, 275, octobre.) — Rapport sur l'état mental d'un commerçant ayant testé, par LEYDEN. (*Ibid.*, LIII, 217.) — Démence ou simulation, par ADLOFF. (*Ibid.*, LIIII, 95, juillet.) — Gastrorragies mortelles à la suite d'un effort ou d'un léger traumatisme abdominal, par HANKEE. (*Ibid.*, LIII, p. 8, juillet.) — Mort d'une accouchée par faute de la sage-femme, par PETERS. (*Ibid.*, 291, octobre.) — Recueil de condamnations pour annonces de remèdes secrets, par ALB. WEISS. (*Ibid.*, XLIX, 170 et 368 ; L, 174 et 360 ; LII, 381 ; LIII, 157 et 346.)

Médecine militaire. — De l'alimentation des masses en temps de guerre et d'épidémie, par J. FORSTER. (*Münch. med. Woch.*, 16 septembre.) — Sur l'emploi des baraques transportables pour malades en guerre et en paix, par H. NIMIER. (*Revue d'hyg.*, XII, 1032, novembre.) — Les projectiles actuels et leurs conséquences pour la chirurgie de guerre, par J. HABART. (*Vienne.*) — Effet des projectiles des nouveaux fusils à petit calibre, par P. BRUNS. (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, V et VI, 1er fasc.) — Recherches sur les effets des projectiles de petit calibre, et particulièrement du fusil d'ordonnance japonais, système Murata, par Z. KIKUZI. (*Tubingue.*) — Deux cas d'automatisme ambulatoire chez des militaires, par LE DANTEC. (*Arch. de méd.*, novembre-décembre.) — La crampe hystérique dans l'armée, par KERN. (*Deut. milit. Zeit.*, XIX, 12.) — De la fièvre typhoïde dans les milieux militaires, par KELSCH. (*Revue d'hyg.*, août et septembre.) — La hernie inguinale chez les soldats et la cure radicale, par PERSICHETTI. (*Riforma med.*, 9 décembre.)

Médecine opératoire. — Des moyens de prévenir le choc pendant et après les opérations, par S. SMITH. (*Med. News*, 11 octobre.)

Mélanose. — Urine et sang dans un cas de sarcome mélanique, par F. HOPPE-SEYLER. (*Zeit. für physiol. Chemie*, XV, p. 179.) — Contribution à l'étude chimique des pigments des mélanosarcomes, par T. CARBONE. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juillet.)

Méninge. — Voies d'infection de la méningite, par HUGUENIN. (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre.) — Etiologie et pathogénie de la pachyméningite interne chronique, par BERGER. (In-8°, *Tubingue.*) — Etiologie bactérienne de la méningite cérébro-spinale épidémique, par BONOME. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Zeigler*, VIII, 3.) — Méningite cérébro-spinale à pneumocoques, par RAOULT. (*Soc. anat.*, 13 juin.) — Guérison d'une méningite cérébro-spinale, par WHITE. (*Brain*, n° 52.) — Des méningites spinales chroniques, par FAURE. (*Thèse de Lyon.*)

Menstruation. — Ovulation et menstruation, par COHNSTEIN. (*Deut. med. Woch.*, n° 34, p. 764.) — De la menstruation douloureuse, par CHAMPNEYS. (*Lancet*, 6 décembre.) — Phénomènes concomitants de la menstruation, par VAN OTT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 762, 18 août.) — Paraplégie et tremblement dans un cas de ménorragie, par A. CANTANI. (*Il Morgagni*, septembre.) — Le salicylate de soude dans la dysménorrhée,

par C. Giorgieri. (*L'Osservatore.*) — Traitement de la dysménorrhée par la dilatation du col, par More Madden. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 25 août.)

Moelle. — Les cellules bipolaires de la moelle et leurs connexions, par Mott. (*Brain*, n° 52.) — Sur la fonction vaso-motrice de la moelle épinière, par Aducco. (*Ann. di freniat.*, II, 3, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Anatomie pathologique de la moelle épinière, par Blocq et Londe. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, III, 6.) — Durcissement d'une moelle en cinq jours par l'électricité, par Minor. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 929, 6 octobre.) — Eléments fondamentaux de la séméiotique et du diagnostic dans les maladies de la moelle, par Eulenburg. (*Deut. med. Woch.*, n° 32, p. 714.) — Electro-physiologie et électro-pathologie des réflexes à propos d'un cas de myélite transverse, par Graupner. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — Symptomatologie des lésions transverses totales de la moelle, étude des divers réflexes, par Bastian. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 151.) — Des réflexes dans les blessures de la moelle épinière, indication de l'intervention opératoire, par Bowlby. (*Ibid.*, LXXIII, p. 313.) — Un cas de compression de la queue de cheval, par Gerster. (In-8°, *Tubingue*) — Un cas de syringomyélie, par Kretz. (*Soc. méd. Vienne*, 24 janvier.) — Physiologie et psychométrie du sens thermique dans le diagnostic des affections spinales, en particulier de la syringomyélie, par Tanzi. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — Syringomyélie non gliomateuse associée à la maladie de Basedow, par Joffroy et Achard. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — De la formation du gliome dans la moelle et de la syringomyélie, par Daxenberger. (73 pages, *Erlangen.*) — Panaris syringomyélique, par Le Fort. (*Mercredi méd.*, 30 décembre.) — Syringomyélie, par Shaw. (*N. York neurol. Soc.*, 4 novembre.) — Sur l'étiologie de la sclérose multiple cérébro-spinale, par Neustab. (*Roussk. med.*, 37.) — Etude des fonctions vésicales et rectales dans les scléroses disséminées, par Kahleyss. (In-8°, *Tubingue.*) — Des troubles de la sensibilité dans la sclérose multiple disséminée, par Freund. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.) — De l'athétose tabétique, par Léop. Laquer. (*Ibid.*, p. 954, 13 octobre.) — La maladie de Friedreich, par Ladame. (*Brain*, n° 52.) — Un cas de maladie de Friedreich, son traitement par la suspension, par G. Baldeschi. (*Riforma med.*, 27 septembre.) — Sur un cas d'ataxie tabétique avec sensibilité intacte à première apparence, par Goldscheider. (*Berlin. klin Woch.*, p. 1053, 17 novembre.) — Note sur un cas d'ataxie locomotrice avec mal perforant et arthropathie tabétique des pieds, par H. Audéoud. (*Rev. médic. Suisse romande*, X, 581, septembre.) — De la maladie de Friedreich, par Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 novembre.) — De l'ataxie héréditaire, par Erb. (*Ibid.*, p. 954, 13 octobre.) — Traitement des troubles ataxiques par des exercices gradués, par Frenkel. (*Ibid.*, p. 952, 13 octobre.) — Traitement de trois espèces d'ataxie locomotrice (1° cérébrale par suspension ; 2° médullaire par faradisation ; 3° périphérique par extension des nerfs), par Brower. (*Ibid.*, p. 902, 29 septembre.) — Mécanisme de la suspension dans le traitement de l'ataxie, par Cagney. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 101.) — 350 séances de suspension chez un ataxique, par Ducamp. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Traitement du tabes par la suspension, par Flatau. (In-8°, *Tubingue.*)

Môle. — Môle hydatiforme, albuminurie, mort, par Buscarlet. (*Arch. de tocol.*, novembre.)

Monstre. — Note sur un monstre double analogue aux frères Siamois, par Fernandez. (*Americ. Journ. of med. sc.*, janvier.) — Note sur un fœtus

monstrueux, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, 1er novembre.) — Un fœtus anencéphale, par Coats. (*Glasgow med. journ.*, septembre.)

Morve. — Morve aiguë, consécutive à un farcin chronique, par Vidal. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.)

Muguet. — Deux cas de muguet pris pour des angines diphtéritiques, par Schadewald. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 898, 29 septembre.)

Muscle. — Contribution à la connaissance des fuseaux musculaires, par Trinchese. (*Mem. Accad. sc. Istit. Bologna*, X, 4, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Valeur de la suppléance nerveuse dans la détermination des homologies et anomalies musculaires, par Cunningham. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Observations et considérations sur le sterno-mastoïdien de l'homme, par A. Breglia. (*Riforma med.*, 18 septembre.) — Sur un cas d'absence congénitale des muscles grand et petit pectoral à droite avec malformations de la main droite, par Sklodowski. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXI, 3.) — Transmission héréditaire d'une anomalie musculaire, par Nicolas. (*Soc. de biol.*, 29 novembre.) — Myographe dynamomètre, par Gréhant. (*Journ. de l'anat.*, septembre.) — Chimie des muscles striés, par Blome. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXVIII, 1 et 2.) — Sur les courants électriques des muscles et des nerfs au repos, par Apollonio. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — Réactions électriques des nerfs et des muscles dans la maladie de Thompsen, par Jolly. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Relation entre la contraction musculaire et la conductibilité du nerf, par Goldscheider. (*Ibid.*, p. 878, 22 septembre.) — Travail et développement de calorique effectués dans les contractions musculaires retardées, par Paul Starke. (Travail de la Société royale de Saxe, XXVII, et *Berlin. klin. Woch.*, p. 802.) — Tic convulsif du psoas-iliaque, par Klemperer. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Quelques maladies du système musculaire, leur électrothérapie, par Larat. (*Rev. int. d'élect.*, 1er décembre.) — Sur les convulsions musculaires toniques et cloniques, par Unverricht. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 413.) — Paralysie traumatique (isolée) du triceps, par Eichhorst. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 429, 1er juillet.) — Un cas de paramyoclonus multiple, par Grünwald. (Broch., *Tubingue.*) — Du tremblement musculaire, par Herringham. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — Diagnostic différentiel de l'atrophie musculaire progressive, par Garbsch. (In-8°, *Tubingue.*) — Sur un cas d'atrophie musculaire spinale, par Tranquilli Ercole. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, p. 512.) — De l'atrophie musculaire progressive myopathique, par Menut. (*Thèse de Lyon.*) — Trois cas d'une forme héréditaire d'amyotrophie progressive, par Donkin. (*Brain*, n° 52.) — Un cas d'atrophie musculaire précoce par lésion cérébrale, par Borgherini. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — Un cas d'atrophie musculaire progressive de la forme juvénile, par Senator et Remak. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Séméiologie de la contracture du psoas, par Dillon Brown. (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, II, p. 38.) — Hernie musculaire double de la cuisse, par Dethy. (*Arch. méd. belges*, n° 4, p. 229.) — Rupture de la courte portion du biceps, par Gibney. (*N. York Acad. of med.*, 10 novembre.) — Suture du diaphragme par la méthode de Postempski, par de Nicola. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, mai.)

Mycosis. — Un cas de mycosis fongoïde ou de sarcomatose cutanée traité avec succès par le naphtol camphré, par Reboul. (*Gaz. des hôp.*, 2 décembre.) — Erythrodermie chronique à poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde, par Hallopeau. (*Soc. de dermat.*, 13 novembre.)

Myopie. — Sur quelques variétés graves de la myopie et sur les moyens de les guérir, par Galezowski. (*Rec. d'opht.*, n° 9.) — De la myopie, par Berry. (*Ophthalm. Review*, n° 109.)

Myxœdème. — Myxœdème chez l'enfant, par Garré. (*Beit. zur klin. Chir.*, VI.) — Myxœdème, par Ord et par Mosler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 853, 15 septembre.)

N

Nævus. — Sur un cas de nævi kératopilaires, distribués suivant des trajets nerveux, par Hallopeau. (*France méd.*, 28 novembre.) — Sur un cas de nævi vasculaires et muqueux de la face, confondu avec les adénomes sébacés, par Darier. (*Soc. de Dermat.*, 13 novembre.)

Nerf. — Du premier développement du nerf olfactif, par Kölliker. (*Sitz. phys. med. Ges. Wurzburg.*, n° 8.) — De l'action excitatrice et inhibitoire du nerf en desséchement sur le muscle, par Wedensky. (*Acad. des sc.*, 22 décembre.) — Action des divers poisons sur les fibres nerveuses et sur les cellules nerveuses périphériques, par Langley et Dickinson. (*Journ. of phys.*, XI, n° suppl.) — Diagnostic de la poliomyélite et de la névrite, par Rinkel. (*Tubingue.*) — Recherches sur la névrite, par Loew. (In-8°, *Tubingue.*) — Deux cas de névrite, guérison, par Sansom. (*Lancet*, 13 décembre.) — Névrite multiple due à l'arsenic, par Cutler. (*Boston med. Journ.*, 13 novembre.) — Modifications trophiques des ongles dans la névrite multiple, par Bielchowsky. (*Neurol. Centr.*, 15 decembre.) — Un cas de polynévrite avec phénomènes ataxiques graves, par Modigliano. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, II, n° 24.) — Etude des névralgies, par Lachnit. (In-8°, *Göttingue.*) — Des névralgies dans la grossesse et la puerpéralité, par Demelin. (*Rev. gén. de clin.*, n° 48, p. 763.) — L'anatomie pathologique du tic douloureux, par Dana. (*N. York neurol. soc.*, 2 décembre.) — Sur la névralgie trifaciale dans l'iodisme aigu, par Ehrmann. (*Wien. med. Blaetter*, n° 44.) — Un cas de névralgie ciliaire traumatique traitée par la galvanocaustique, par Eversbuch. (*Münch. med. Woch.*, 23 décembre.) — Paralysie du sciatique poplité externe par pressions professionnelles, par Eickhorst. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, 1er juillet.) — Discussion à la société de psychiatrie de Berlin sur un cas de paralysie multiple des nerfs craniens de Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Sur un cas de paralysie conjuguée de la sixième paire, par Blocq et Guinon. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — De l'élongation des nerfs, étude historique, par Lauer. (*Tubingue.*) — Sur la valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par Mischi. (*Raccoglitore med.*, n° 13.) — Opération névroplastique pour la restauration des troncs nerveux détruits par maladie ou traumatisme, par Beach. (*Boston med. Journ.*, 11 décembre.) — De la luxation du nerf cubital, mécanisme et traitement, par Raymonencq. (*Thèse de Lyon.*) — Tubercules douloureux formés par des fibromes multiples des deux grands nerfs occipitaux; excision; examen histologique, par E. Kummer et R. Cristiani. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 757). — Fibromes et sarcomes des nerfs périphériques, par E. Herczel. (*Beit. zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.)

Nerveux (Syst.). — Méthode d'étude des fibres du système nerveux central, par Schaffer. (*Zeit. f. wiss. Mikrosk.*, VII, 3.) — Méthode pour fixer les

préparations de Golgi du système nerveux central, par Al. Obregia. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXII, 2.) — Sur les corpuscules neuro-musculaires à gaines paciniennes, par Pilliet. (*Journ. de l'anat.*, novembre.) — Etude du tissu nerveux par la lumière polarisée, par A. Diomidor. (*Kazan.*) — Du trajet des faisceaux sensitifs dans le système nerveux central, par Edinger. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, p. 421.) — L'origine du système nerveux des vertébrés, par Gaskell. (*Brit. med. Journ.*, 13 décembre.) — Contractures périodiques (contribution à la pathologie du système nerveux), par G. Leuch. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 3.) — Diagnostic précoce de quelques maladies graves du système nerveux, par Seguin. (*Boston med. Journ.*, 25 décembre.) — Remarque sur la simulation des affections du système nerveux traumatiques, par Möbius. (*Münch. med. Woch.*, 16 décembre.) — Deux cas mortels de troubles nerveux anormaux, avec urine rouge foncé, dus à une oxydation incomplète des tissus, par Harley. (*Brit. med. Journ.*, 22 novembre.) — Une forme usuelle de maladie du système nerveux central, par Nonne. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.) — Astasie-abasie, par Cahen. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux, par Gilles de la Tourette. (*Progrès médical*, 7 juin.) — Le traitement des maladies du système nerveux par la suspension. Description d'un nouvel appareil, par Hamilton. (*N. York med. Record*, p. 225, août.)

Névrose. — Des névroses et des névropsychoses d'origine traumatique, par Schultze. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 14.) — L'amour morbide, par Tarde. (*Arch. anthrop. crim.*, V, n° 30, 15 novembre.) — Schéma du vertige, par Luton. (*Union méd. Nord-Est*, n° 6.) — La nostalgie et son diagnostic, par Le Gaïc. (*Thèse de Lyon.*) — De la neurasthésie, par A. Cantani. (*Il Morgagni*, novembre.) — Combinaison des névroses fonctionnelles avec les maladies organiques du système nerveux, par Oppenheim. (*Neurol. Centr.*, 1er octobre.) — Discussion à la soc. psychiat. Berlin. (*Berl. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Des névroses traumatiques, par Hoffmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 juillet.) — Sur les névroses traumatiques, par J. Donatt. (*Wiener med. Woch.*, nos 39, 40.) — Etude des névroses traumatiques, par Ritter. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 avril.) — Des troubles vasomoteurs de la peau dans les névroses traumatiques, par Kriege. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.) — Moyen de calmer les douleurs de tête et de dents ainsi que les nausées (élévation de l'os hyoïde), par Naegele. (*Corresp. Blatt schw. Aerzte*, 15 juillet.) — Deux cas de lésions osseuses et articulaires névropathiques, par Karg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.)

Nez. — Sur les relations des lymphatiques des fosses nasales avec l'espace sous-arachnoïdien, par Flatau. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 972.) — Difformité congénitale du nez, par Bradford. (*Boston med. Journ.*, 18 décembre.) — Affections des voies respiratoires supérieures, par A. Jurasz. 1re fascicule : affections nasales. (*Heidelberg.*) — Recherches sur les streptocoques des muqueuses et étiologie du coryza, par Pasquale. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 15.) — Anatomie normale et pathologique du nez, par Hartmann. (In-8°, *Berlin.*) — Etat des fosses nasales et du pharynx chez 2,238 écoliers, par Kafemann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 906, 29 septembre.) — Sur la relation du bégayement avec les affections du nez, par Winckler. (*Wiener med. Woch.*, n° 43.) — Catarrhe nasal, par Horner. (*Med. and surg. Reporter.*, 1er novembre.) — Du traitement opératoire de l'hypertrophie de la muqueuse nasale, par Zaufal. (*Soc. méd. all. Prague*, 5 décembre.) — Cautérisation du cornet moyen suivie de méningite, par Quinlan. (*Journ. of respir. organ.*, juin, et *N. York med. Record*, p. 292,

septembre.) — Coryza caséeux, par MANDROUX. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.) — De l'ulcère perforant de la cloison nasale, par DIETRICH. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIV, 11.) — De l'ulcère perforant du nez, par ZIMNIK. (21 p., *Tubingue.*) — De l'ulcère perforant de la cloison nasale, par CAVAZZANI. (*Sperimentale*, décembre.) — Paralysie de la sixième paire avec paralysie du trijumeau d'origine nasale, par PANAS. (*Progrès médical*, 20 décembre.) — Epistaxis, œdème aigu des poumons, par STERCK. (*Wien. med. Presse,* n° 23, p. 923.) — Acide chromique contre l'épistaxis habituelle, par POGORELSKY. (*Meditzina*, n° 51.) — Traitement des affections du nez et des sinus par les topiques pulvérulents, par BRESGEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 891, 29 septembre. — Embryons d'oxyures dans le nez, par PROSKAUER. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXI, 3 et 4.) — Les larves de lucilia déposées dans la cavité nasale, par JENNINGS. (*Kansas city med. index*, janvier.) — Idem, par DOUGLAS. (*Ibid.*, février.) — L'obstruction nasale et la respiration buccale comme facteur étiologique de la carie dentaire et du développement du palais en ogive, par SCANES SPICER. (*Med. Presse*, 16 avril.) — Résection sous-muqueuse du cartilage dans les déviations de la cloison, par ROBERTS. (*College and clin. Record*, juin.) — Nouvelle opération pour la déviation de la cloison, par ASCH. (*N. York med. Journ.*, 20 décembre.) — Du redressement de la cloison nasale, par SCHULTE. (37 p., *Tubingue.*) — Trépanation de la cloison du nez pour déviation, par BRONNER. (*Leeds and West riding med. Soc.*, 21 novembre.) — La tuberculose des fosses nasales, revue critique, par PLICQUE. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Un procédé simple d'extraction des polypes du nez, par KURZ. (*Wiener med. Presse,* 2 novembre) — Un cas de myxome télangiectasique de la cloison nasale, par LUC. (*France méd.*, 14 novembre.) — Des angiomes des fosses nasales, par LUC. (*Arch. de laryng.*, III, 6.) — Epithélioma du nez, par HANCE. (*N. York Acad. of med.*, 10 novembre.) — Un cas de sarcome du nez, par WILKE. (30 p., *Tubingue.*) — Deux cas de rhinosclérome, par ROBERTSON. (*The Satellite*, juillet.) — De la rhinoplastie, courte description de 100 cas traités, par MOTICHAUD SHAH. (*Junagadh*, 1889.) — De l'emploi réitéré des douches nasales, par BUCK. (*N. York med. Record*, p. 269, septembre.) — Mon système d'irrigation nasale et naso-pharyngée, par BOTEY. (*Rev. de ciencias med. Barcelona,* 25 juillet.) — Présentation d'instruments pour opérations nasales : 1° porte-ouate ; 2° crochet palatin ; 3° perforateur à double tranchant pour le sinus maxillaire, etc., par SIEBERMANN. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte,* 1er novembre.)

Nourrice. — Des nourrices enceintes, influence de leur grossesse sur les enfants qu'elles allaitent, par POIRIER. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.)

Nutrition. — De l'influence de la tétrahydro-naphtylamine B sur les échanges nutritifs, par STERN. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 2.)

Nystagmus. — Du nystagmus, par NORRIE. (*Lancet*, 13 décembre.)

O

Obésité. — Traitement de l'obésité, par JAMIESON. (*Edinb. med. journ.*, décembre.)

Occlusion intestinale.— Un cas d'occlusion intestinale aiguë liée à une entérite

produite par un exanthème scarlatineux. Guérison, par Demmler. (*Progrès médical*, 13 décembre.) — Invagination intestinale : résection ; guérison, par Jacob von Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 944, 13 octobre.) — Invagination intestinale chez une fillette de 6 mois, par Morian. (*Ibid.*, 27 octobre.) — Ileus guéri par laparotomie, par Favre. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 605.) — Ileus; gangrène de l'intestin par enroulement d'un appendice long de 8 centimètres. Mort, par Pégaitaz. (*Ibid.*, X, 604, septembre.) — Obstruction intestinale, laparotomie, bride fibreuse, guérison, par Rolleston et Crouch. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXV, p. 169.) — Guérison complète et permanente par jejuno-iléostomie avec les plaques osseuses de Senn pour une obstruction intestinale par intussusception, par Russell. (*N. York med. journ.*, 20 décembre.) — Traitement de l'étranglement interne, par Kuemmell. (*Deutsche med. Woch.*, n°s 27 et 28.) — Etude de l'ileus paralytique, par Frankenhauser. (*St Petersb. med. Woch.*, n° 24.) — Un cas d'invagination iléo-cæcale, par S. J. Snégoursky. (*Roussk. med.*, 21 octobre.) — Occlusion intestinale produite par un kyste dermoïde de la région ovarique droite. Laparotomie, extirpation, guérison, par Ricard. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 790.) — De l'occlusion intestinale aiguë, par Routier. (*Ibid.*, XVI, p. 355.) — Etranglement interne et laparotomie, par Monod. (*Ibid.*, XVI, p. 372.) — Occlusion intestinale chronique due à des épingles de nourrice avalées, guérison, par Bishop. (*Lancet*, 29 novembre.) — Occlusion intestinale aiguë par étranglement interne, laparotomie, guérison, par Cave. (*Lancet*, 6 décembre.) — Deux cas d'ileus avant et après la laparotomie, guérison, par Cario. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 2.) — Laparotomie secondaire pour occlusion intestinale, guérison, par Krug. (*N. York obst. soc.*, 7 octobre.) — Occlusion intestinale occasionnée par un kyste dermoïde de l'ovaire, extirpation du kyste, guérison, par Ricard. (*Gaz. des hôp.*, 1er janvier.) — Traitement de l'occlusion intestinale aiguë, par Stoker. (*Dublin journ. of med. sc.*, novembre 1889.)

Œil. — L'œil primitif des vertébrés, par E. Bérancek. (*Arch. des sciences de Genève*, octobre.) — Développement et anomalies de la zone de Zinn, par Collins. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 1.) — Les voies bulbaires et les muscles de l'œil, par Max Herz. (*Archiv für gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 385.) — De l'influence de l'aberration de sphéricité sur la réfraction de l'œil, par Tscherning. (*Arch. d'opht.*, X, p. 445.) — Sur les effets produits par l'excentration des verres de lunettes sphériques, par Jays. (*Ibid.*) — Influence de la distance de l'observateur dans la mesure des amétropies à l'image droite, par Leroy. (*Rev. gén. d'opht.*, octobre.) — Des anomalies musculaires congénitales, par Gunzburg. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, juillet.) — Nouvelle lunette d'essai, par Gillet de Grandmont. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — L'ophthalmomètre de Javal ; l'optomètre de Buli et l'oculo-curvimètre de Meyer, par Pflueger. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — L'abus des lunettes, par Giffard. (*N. York med. record.*, p. 11, juillet.) — Mémoires d'ophtalmométrie, par Javal. (In-8°, 628 p., *Paris.*) — Manuel d'ophtalmologie, par Julius Michel. (*Wiesbaden.*) — Note sur un cachet inédit d'oculiste romain, par Esperandieu. (*Rev. d'opht.*, n° 12.) — Contributions oculistiques, par R. Deutschmann. (*Hambourg.*) — 3e bulletin annuel de la clinique ophtalmologique de Montpellier, par Pansier. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Manuel d'oculistique, par J. Michel. (*Wiesbaden.*) — Résultats de l'examen des yeux des pensionnaires des deux instituts d'aveugles de Prague en 1887, par Herrnheiser. (*Zeit. f. Heilk.*, X, p. 255.) — De la douleur dans les maladies des yeux, par Renault. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.)

— Ophtalmie photo-électrique, par Nicolai. (*Week. van Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, II, 13.) — Ophtalmie sympathique survenant 14 ans après le traumatisme, par Helm. (*Lancet*, 29 novembre.) — Quelques remarques sur l'ophtalmie sympathique, par Meyer. (*Rev. gén. d'opht.*, IX, 11.) — Recherches sur l'ophtalmie sympathique, par Limbourg et Levy. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXVIII, 1 et 2.) — Le traitement de l'ophtalmie sympathique migratrice, par de Wecker. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — Nouveaux cas d'ophtalmie sympathique guéris par les injections intra-oculaires de sublimé, par Abadie. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — La résection du nerf optique comme traitement préventif et curatif de l'ophtalmie sympathique, par de Luzaret. (*Thèse de Bordeaux.*) — Enquête sur l'état de l'ophtalmie granuleuse en Belgique, par Deneffe. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IV, 11.) — De l'emploi du sublimé dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, par Rocher. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.) — Rapport sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés et sur les mesures administratives à prendre pour éviter ses dangers, par de Lapersonne. (*Bull. méd. Nord*, n° 20, p. 533.) — Etiologie et traitement de l'ophtalmie (blennorrhée des nouveau-nés, par Schmidt-Rimpler. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 682.) — Obs. de panophtalmie pyémique, par Rockliffe. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom.*, X, p. 102.) — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Dehenne. (*Rev. gén. de clin.*, n° 49, p. 783.) — Spasme périodique des muscles droits supérieurs, par Reich. (*Westnik. opht.*, juillet.) — Contraction des releveurs de la paupière associée à celle des droits internes, par Browning. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, X, p. 187.) — Trois cas de troubles fonctionnels des mouvements des yeux, par Eissen. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, novembre.) — Parésie combinée des muscles de l'œil par lésion directe, par Caspar. (*Klin. Monat. f. Augenh.*, novembre.) — Paralysie migraineuse périodique de l'oculo-moteur commun, par Borel. (*Rev. méd., Suisse romande*, VIII, p. 748.) — Deux cas de paralysie des muscles de l'œil par action traumatique directe sur les muscles, par Terson. (*Progrès médical*, 11 octobre.) — Sur un cas de migraine ophtalmoplégique, par Charcot. (*Progrès médical*, 2 août.) — L'ophtalmoplégie nucléaire extérieure, par Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 6 décembre.) — De la déviation conjuguée des yeux, par Neumann. (*Berl. klin. Woch.*, 5 mai.) — Trois cas de lésions fonctionnelles des muscles de l'œil, par Eissen. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, novembre.) — Des paralysies nucléaires des muscles oculaires et de leurs complications, par M. Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Traitement des affections oculaires par la suggestion hypnotique, asthénopie, blépharospasme, par Ritzmann. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er février.) — Sur certaines formes d'hypohémas, par Brunelle. (*Bull. méd. du Nord*, nos 20 et 21.) — Néoformation cartilagineuse dans la membrane cyclique et tissu de néoformation préchoroïdien dans un œil atrophié, par Sgrosso. (*Progresso med.*, 10 novembre.) — La division des synéchies antérieures, par Lang. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 1.) — Deux obs. de blessures de l'œil par armes à feu, par Hirschberg. (*Cent. f. prakt. Aug.*, avril.) — Pathologie des kystes intraoculaires, par Collins. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 1.) — Exentération du bulbe par la méthode de Graefe, par Braunschweig. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre.) — De la résection du nerf optique, par Vignes. (*Soc. d'opht.*, novembre.) — La pyoctanine en oculistique, par E. Duci. (*Il Morgagni*, novembre.) — De la pyoctanine comme antiseptique oculaire, par Cattaneo. (*Policlinico*, 23 octobre.) — Les couleurs d'aniline dans les maladies des yeux, par Kubli. (*St Petersb. med. Woch.*, 29 septembre.) — Emploi de la pyoctanine dans les maladies des yeux, par Gould. (*University med. magaz.*, décembre.) — Idem, par Cheatham. (*Cin-*

cinnati Lancet clinic., 15 novembre.) — Traitement de l'héméralopie par les injections d'antipyrine, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 14 décembre.) — Des collyres en général, usages, abus et inconvénients, par TRUC. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 6 décembre.)

Œsophage. — Œsophagite exfoliatrice, par REJCHMAN. (*Gaz. lekarska*, n° 19.) — Varices gastro-œsophagiennes, rupture, hémorragie mortelle, par BLUME. (*Hospitals Tidende*, n° 9.) — Dilatation totale du tiers inférieur de l'œsophage sans cause connue, par RUMPELL. (*München. med. Woch.*, 30 décembre.) — Les rétrécissements de l'œsophage, par INGALS. (*N. York med. record.*, p. 1, juillet.) — Polype de l'œsophage, implantation à la racine de l'épiglotte, ablation, guérison, par SHENDUKOVSKY. (*Med. Obosrenie*, n° 19, et *Journ. of laryng.*, décembre.) — Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx traité par l'œsophagotomie externe et la trachéotomie, par CHRISTOVITCH. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre.) — Un cas d'œsophagotomie pour l'extraction d'un corps étranger, par E. GROUBERT. (*Wratch.*, 42.)

Olfaction. — De l'appareil nerveux de l'olfaction, par TROLARD. (*Arch. de Neurol.*, n° 60.)

Œuf. — De la migration interne de l'œuf humain, par SCHAEFFER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 644, 14 juillet.)

Orbite. — Cellulite aiguë de l'orbite, par SNELL. (*Trans. opht. soc. unit. kingdom*, X, p. 51.) — Fracture avec dépression du plafond de l'orbite, par THOMPSON. (*Ibid.*, X, p. 43.) — Des ostéomes de l'orbite, par SGROSSO. (*Riforma med.*, 29 novembre.) — Extirpation d'un sarcome de l'orbite, par VOSSIUS. (*Berl. klin. Woch.*, 10 mars.)

Oreille. — Sur la fonction de l'appareil des otolithes, par I. BREUER. (*Arch. für gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 194.) — Histologie de la strie vasculaire du canal du limaçon, par KATZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 950, 13 octobre.) — Embryogénie de l'articulation du marteau avec l'enclume, par E. DRAISPUL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 950, 13 octobre.) — De la membrane propre du tympan, par E. DRAISPUL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 950, 13 octobre.) — Recherches expérimentales sur la physiologie de l'oreille moyenne, par SECCHI. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Sur la réaction électrique de l'appareil auditif, par PERRELET. (*Thèse de Lyon.*) — Sur l'excitabilité électrique du nerf acoustique et sur sa valeur diagnostique dans les maladies cérébrales et nerveuses, par LUMBROSO. (*Il Segno*, n°s 9 et 10.) — Manuel d'otiatrie, par VICTOR URBANTSCHITSCH. (*Vienne.*) — Moyens d'explorer l'ouïe, par BEZOLD. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Exploration de l'ouïe et unification de la terminologie des degrés de surdité, par SCHWABACH, MAGNUS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 976, 20 octobre.) — Morphologie de l'anthelix de l'oreille humaine, par GRADENIGO. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — Malformation de l'oreille, par HEIMAN. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — L'audition colorée, étude sur les fausses sensations secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par F. SUAREZ DE MENDOZA. (In-8°, *Paris.*) — Anatomie pathologique du labyrinthe, par STEINBRUGGE. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — De la diplacousie, par KAYSER. (*Ibid.*, 27 octobre.) — Sur quelques sensations acoustiques provoquées par les sels de quinine, par BERTHELOT. (*Acad. des sc.*, 17 novembre.) — La surdité congénitale, par HOLGER MYGIND. (*Berlin.*) — Néoformations vasculaires du labyrinthe membraneux d'origine bactérienne, par MOOS. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Recherches bactériolo-

giques sur le contenu de la caisse chez les nouveau-nés et les animaux, par GRADENIGO et PENZO. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — Des microorganismes et des complications qui en dépendent dans les maladies de l'oreille moyenne, par GRADENIGO. (*Ibid.*, XXI, 3 et 4.) — Etiologie des inflammations de la caisse produite par les injections liquides intra-nasales, par GUYE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 977, 20 octobre.) — Lésions de la corde du tympan dans la diphtérie, par KIRCHNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 950, 13 octobre.) — De l'otite grippale, par LUDEWIG. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Même sujet, par SZENES. (*Idem.*) — Même sujet, par JANSEN, PATRZEK, GURANOWSKI, SCHIRMUNSKY, ZAUFAL, SCHWABACH, STIMMEL. (*Idem*, p. 1001.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non suppurée, par GRADENIGO. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — Traitement de l'otite moyenne scléreuse, par LOEWENBERG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, p. 611.) — Otalgie et son traitement, par GOMPERZ. (*Centralbl. f. Therap.*, p. 257.) — Obs. d'affections auriculaires traitées par les courants continus, par STRAUVEN. (*Rev. int. d'électroth.*, 1er décembre.) — Périostite aiguë idiopathique du conduit auditif externe, par BING. (*Wiener med. Blätter*, n° 37.) — Traitement des inflammations de l'apophyse mastoïde, par GREEN. (*Amer. journ. of med. sc.*, décembre.) — Traitement secondaire dans la trépanation mastoïdienne, par FRIEDRICH KRETSCHMANN. (*Leipzig.*) — La trépanation mastoïdienne par le conduit auditif externe est-elle équivalente aux autres méthodes, par HESSLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 929, 6 octobre.) — Traitement secondaire de la trépanation mastoïdienne, par KRETSCHMANN. (*Ibid.*, p. 929, 6 octobre.) — Otite externe et polype du conduit, par EITELBERG. (*Wien. med. Presse*, n° 39.) — Etiologie de l'otite moyenne, par BORDONI-UFFREDUZZI et GRADENIGO. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 3.) — Des abcès du cerveau suite d'otite moyenne suppurée, par SIMON. (*Tubingue.*) — De l'étiologie et du traitement de l'otite moyenne aiguë, par GRADENIGO. (*Rev. gén. de clin.*, n° 50. p. 793.) — Trépanation pour abcès cérébral consécutif à une otite moyenne, par WEIR. (*Brit. med. J.*, 6 décembre.) — Des lésions de l'oreille dans la méningite cérébro-spinale, par SCHWABACH. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente, par GRADENIGO. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — Traitement du relâchement du tympan par le collodion, par LANNOIS (*Lyon méd.*, 7 décembre.) — Indications de la ténotomie du tenseur du tympan, par KESSEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 976, 20 octobre.) — Second cas de blessure du golfe de le veine jugulaire interne par la paracentèse de la membrane du tympan, par HILDEBRANDT. (*Arch. f. Ohr.*, XXX, p. 183.) — Carie de l'enclume, extraction, par LUDEWIG. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXX, 4.) — De l'ankylose osseuse de l'étrier, par KATZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 949, 6 octobre.) — Traitement de la surdité, des bourdonnements d'oreille, du vertige et de l'otorrhée par l'excision du tympan et des osselets, par A. SEXTON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 930, 6 octobre.) — Indications de l'ablation du marteau et de l'enclume, par STACKE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 929, 6 octobre.) — L'opération du cholestéatome par la méthode de Schwartze, par WEGENER. (*Berlin klin. Woch.*, 27 octobre.) — La question de la perforation de la membrane de Shrapnell ; remarques sur la formation des cholestéatomes, par SCHMIEGELOW. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — Participation des vaisseaux osseux à la production du cholestéatome, par KIRCHNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 950, 13 octobre.) — Du cholestéatome de l'oreille, par KUHN. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — Du cholestéatome de l'oreille moyenne, par BEZOLD. (*Ibid.*) — Deux cas d'adénome glandulaire de l'oreille, par KLINGEL. (*Zeit. f. Ohren.*, XXI, 3 et 4.) — De l'abus de l'épreuve de Politzer dans le traitement des affec-

tions de l'oreille, par Burkner, (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.) — Instruments pour le lavage et l'introduction des médicaments liquides et pulvérulents dans l'oreille moyenne, par Andrews. (*Lancet*, 20 décembre.)

Oreillon. — Oreillons suivis de méningite, par Doudney. (*Lancet*, 29 novembre.)

Orthopédie. — Leçons d'orthopédie, du traitement des déviations de la taille, par Reynier. (In-18, *Paris.*) — Orthopédie, difformités du pied, en rapport avec l'absence congénitale des os de la jambe, par Redard. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, septembre.) — Qu'est-ce que la chirurgie orthopédique ? par Shaffer. (*N. York med. record*, p. 341, septembre.)

Os. — Morphologie du squelette des extrémités chez les vertébrés terrestres, par Emery. (*Atti. Accad. di Lincei*, 13 avril et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Nouvelles recherches sur la structure de la moelle des os chez les oiseaux, par Bizzozero. (*Arch. ital de biol.*, XIV, 3.) — Sur la loi de transformation de l'architecture des os en cas de modification pathologique de leur forme extérieure (cas de J. Wolff), par A. Hoffa. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 878, 22 septembre.) — Des anomalies des os et des articulations, excroissances partielles, exostoses cartilagineuses multiples, par Bessel Hagen. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Ostéomyélite traumatique à foyers multiples, par Phocas. (*Bull. méd. du Nord*, n° 19.) — De diverses formes de l'ostéomyélite dite infectieuse chez l'homme au point de vue étiologique et leur traitement, par Mirovitch. (*Thèse de Paris*, 3 décembre.) — De l'ostéomyélite aiguë infectieuse, par Appelrath. (38 p., *Tubingue.*) — Idem, par Levy. (21 p., *Tubingue.*) — Des raccourcissements du fémur suite d'inflammation épiphysaire, par Young. (*Americ, journ. of med. sc.*, mai.) — De l'ostéomyélite aiguë infectieuse de l'extrémité supérieure du fémur, par Jordan. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Traitement de l'ostéomyélite aiguë, par Lauenstein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1012.) — Carie du sphénoïde; extraction des os malades, par Quénu. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 632.) — Des altérations osseuses dans les maladies chroniques du cœur et du poumon, par Bamberger. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — De la trochantérite, par Le Fort. (*Semaine méd.*, 17 décembre.) — Applications de la méthode d'invagination de morceaux d'ivoire à l'ostéoplastie et à l'arthroplastie, par Th. Gluck. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 732 et 752, 11 et 18 août.) — Double genou valgum ; ostéotomies, amputation de jambe, par A. Koehler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 826, 8 septembre.)— Ostéotomie linéaire courbe pour ankylose du genou chez l'enfant, par Kummer. (*Rev. d'orthop.*, n° 6.) — Extirpation de la clavicule gauche en totalité, par Dubrueil. (*Gaz. hebd.*, *Montpellier*, 22 novembre.) — Exostoses ostéogéniques ou de croissances multiples, par Legroux. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 juillet.) — Ostéome de la région sourcilière, par Watson. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, X, p. 44.) — Des tumeurs sanguines, angiomes et angiosarcomes des os, par Roughton. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 69.) — Discussion de la réunion libre des chirurgiens berlinois sur le sarcome des os longs. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 850 à 853, 15 septembre.) — Sarcome myélogène nécessitant la résection du tiers inférieur du radius qu'on remplace par un os artificiel en ivoire avec plein succès, par Kroenlein. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er juillet.) — Un cas d'ostéochondrosarcome des côtes, par Seydel. (*Cent. f. Chir.*, n° 51.) — Ostéosarcome pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia, par Canniot. (*Soc. anat.*, 17 octobre.) — Epithelioma du sternum, par Claisse. (*Soc. anat.*, 18 juillet.) — De l'ostéomalacie essentielle, par Saulay. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la nature et le traitement

de l'ostéomalacie puerpérale, par Fehling. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 2.) — Sur un cas d'ostéomalacie généralisée avec tumeurs kystiques multiples, par Albertin. (*Province méd.*, 15 novembre.) — Un cas d'ostéomalacie, par Woodbury. (*J. of Americ. assoc.*, 20 décembre, p. 911.) — De la castration dans l'ostéomalacie puerpérale et non puerpérale, par Truzzi. (*Ann. di ostet.*, novembre.)

Ovaire. — Diagnostic des abcès de l'ovaire non puerpéraux, par Rheinstein. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 2.) — Deux cas d'abcès de l'ovaire, recherches bactériologiques sur les suppurations des annexes, par Scheffer. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 2.) — Etude anatomo-pathologique de l'ovaire scléro-kystique, par Pilliet. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 novembre.) — Des modifications de l'ovaire dans les fibromyomes utérins, par Popoff. (*Thèse de St. Pétersb.* et *Cent. f. Gyn.*, 6 décembre.) — De la hernie crurale acquise de l'ovaire, par Pacinotti. (*Sperimentale*, novembre.) — Sur un cas de hernie labiale de l'ovaire droit avec un gros kyste réticulaire du même organe, par Fargas. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Kyste ovarique glandulaire uniloculaire avec petits kystes dermoïdes, par M. Stumpf. (*Münch. med. Woch.*, 7 octobre.) — Kyste mucoïde de l'ovaire, par Poullet. (*Lyon méd.*, 7 décembre.) — Torsion du pédicule dans les tumeurs de l'ovaire, par Curio et Ritter. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, par Kulenkampff. (*Cent. f. Chir.*, n° 26.) — Maladies non chirurgicales des ovaires, par Taylor. (*Univ. med. Magaz.*, novembre.) — Epithélioma de l'ovaire, par Claisse. (*Soc. anat.*, 24 octobre.) — Rétrocession d'un kyste de l'ovaire par électricité, par Noeggerath. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 829, 8 septembre.) — Traitement des kystes de l'ovaire par l'électricité, par E. Noeggerath. (*Ibid.*, 1er décembre.) — De l'ovariotomie pendant la grossesse, par Engstrom. (*Ann. de gyn.*, novembre.) — De la castration dans l'atrésie des organes génitaux, par Mattersdorf. (*Inaug. diss. Breslau.*) — Douleurs névralgiques violentes de l'ovaire droit, castration, guérison, par Hicguet et Lebeau. (*Bull. acad. de Belgique*, IV, 10.) — Un cas d'opération de Battey avec guérison, par Barton. (*Dublin journ. of med. sc.*, septembre.) — Ovarosalpingite tuberculeuse. Ovariotomie. Généralisation de la tuberculose au péritoine viscéral et pariétal. Lavage du péritoine. Guérison. Présentation de l'opérée, par Polaillon. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 493.) — Réflexions à propos d'une série de 200 ovariotomies pour kystes de l'ovaire, par Terrillon. (*Ibid.*, XVI, p. 484.) — Sarcome alvéolaire à grosses cellules de l'ovaire pesant 4 kilos, enlevé chez une jeune fille de 18 ans, par Munster. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 907, 29 septembre.)

P

Palais. — Tic convulsif de la luette et du voile du palais, par Dieulafoy. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 novembre.) — Division congénitale de la voûte palatine, par Delalain. (*Gaz. des hôp.*, 27 novembre.) — Procédé d'uranoplastie par rotation de la cloison nasale, par Sabatier. (*Province méd.*, 11 octobre.)

Paludisme. — Sur l'étiologie parasitaire de la fièvre paludéenne, par Baccelli. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 854, 15 septembre.) — Les plasmodies de la malaria, par Voigt. (*Deut. med. Woch.*, n° 45, p. 1000.) — De l'examen du sang au point de vue de la recherche de l'hématozoaire du paludisme,

par Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 novembre.) — Démonstration photographique du développement des parasites de la malaria (fièvre quarte), par Golgi. (*Giorn. Accad. di medic. Torino,* juillet.) — Etat du sang dans la malaria, par Dolega. (*Forts. der Med.*, nos 20 et 21, p. 769 et 809.) — Notes cliniques sur l'infection malarienne, par G. Bastianelli et A. Bignami. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, mai.) — Note sur la technique de la préparation des tissus pour l'étude de la malaria, par A. Bignami. (*Ibid.*, janvier.) — Sur les localisations multiples que l'infection palustre peut déterminer dans l'organisme humain et en particulier dans les centres nerveux, par P. Moscato. (*Il Morgagni*, octobre.) — Les fièvres continues dans les pays palustres, par Mc Mallan. (*N. York med. record.*, p. 259, septembre.) — Influence de l'impaludisme en Hongrie sur la gravité de la diphtérie, de la scarlatine et de la rougeole, par Nenadovic. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 806, 1er septembre.) — La fièvre paludéenne à Rome en été et en automne, par A. Celli et E. Marchiafava. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.)

Pancréas. — Effet de la pepsine sur le suc pancréatique, par Girard. (*Rev. médic. Suisse romande*, X, 709.) — Recherches anatomo-pathologiques sur les animaux privés de pancréas, par Boccardi. (*Riforma med.*, 22 novembre.) — Extirpation expérimentale du pancréas, ses effets sur la digestion et l'économie générale, par de Dominicis. (*Gaz. hebd. de méd.*, 20 décembre.) — Extirpation du pancréas, diabète sucré expérimental, par Hédon. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — Des lésions du pancréas dans le diabète, par Lannois et Lemoine. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — Pathologie du pancréas, par Rhode (15 pages, *Kiel.*) — Des kystes du pancréas, par Karenski. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Ablation d'un gros kyste du pancréas, par Martin. (*Ibid.*, p. 805, 1er septembre.) — Diagnostic et opération des kystes du pancréas, par O. Riegner. (*Ibid.*, 20 octobre.)

Pansement. — L'asepsie, par Gallet. (*La Clinique,* 4 décembre.) — Méthode la meilleure et la plus pratique actuellement d'asepsie opératoire, par E. Kummer. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 627, octobre.) — Asepsie dans la pratique privée, par Fürst. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — La méthode aseptique sèche pour les opérations et les pansements, par Kurz. (*Deut. med. Woch.*, n° 47, p. 1067.) — Etuve à stériliser les instruments (étuve Sorel), par Quénu. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 353.) — Stérilisation des plaies, par Seydel. (*Münch. med. Woch.,* 25 novembre.) — Traitement des plaies sans drainage, par Réczey. (*Wien. med. Presse*, n° 24, p. 953.) — La stérilisation du catgut, méthode simple, facile et sûre, par Fowles. (*N. York med. record.*, p. 177, août.) — Recherches bactériologiques et critiques sur la préparation du catgut, par Braatz. (*Beit. zur klin. Chir.*, VII.) — La suture à points cachés, par G. Cavazzani. (*Riforma med.*, 11 novembre.) — De l'irrigation antiseptique permanente, par Meyer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.) — De l'emploi de l'adhésif de Unna en chirurgie, par Cordua. (*Münch. med. Woch.*, 29 avril.) — Le crésalol dans le pansement des plaies, par H. Bircher et Widmer. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er octobre.)

Paralysie. — Un cas de paralysie infantile à symptômes anomaux, traitement, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.,* 4 décembre.) — La paralysie spinale atrophique de l'enfance dans ses rapports avec les centres corticaux du cerveau et avec les mouvements associés, par Colella. (*Giorn. Associaz. dei natur. Napoli*, nos 2 et 3.) — Traitement des difformités consécutives à la paralysie infantile, par de Forest Willard. (*Berlin. klin. Woch.*,

p. 879, 22 septembre.) — Paralysie ischémique et contracture liées à des troubles de la sensibilité, par NIESSEN. (*Deut. med. Woch.*, n° 35, p. 786.) — Paralysie faciale congénitale, par BERNHARDT. (*Neurol. Centralbl.*, n° 14.) — Forme spéciale de paralysie de l'épaule, par PERREGAUX. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 décembre.) — Paralysie totale des extrémités et du tronc durant quarante-huit heures, par PULAWSKI. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 novembre.) — Paralysie du péroné de cause mécanique, par POPPER. (*Deut. med. Woch.*, n° 45, p. 994.) — Une famille de spasmodiques (paralysie spinale spasmodique). Cinq cas sur une famille de sept enfants, par A. JACOBI. (*Riforma med.*, 26 septembre.) — Histologie pathologique de la paralysie progressive, par PICK. (*Neurol. Cent.*, 15 novembre.) — Paralysie progressive avec attaques hystériques, par MESCHEDE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 752, 13 octobre.) — Hémiplégie alternante, par WALLERSTEIN. (*Tubingue.*) — Etude des hémiplégies toxiques, par SCHLUBACH. (*Tubingue.*)

Paralysie agitante. — Paralysie agitante chez un jeune homme, par HADDEN. (*Brain*, n° 52.) — Notes sur la maladie de Parkinson et l'atropine, par O. MORETTI. (*Bull. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.)

Paralysie générale. — Anatomie pathologique de la paralysie générale, par SCHUTZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 952, 13 octobre.) — De la névrite périphérique dans la démence paralytique et de la complication de celle-ci avec l'imbécillité, par PICQ. (*Ibid.*, 24 novembre.)

Parole. — Remarques sur la question des voyelles, par L. HERMANN. (*Arch. für gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 181.) — Appendice à propos du timbre des voyelles chantées, par H. PIPPING. (*Zeit. für Biologie*, XXVII, p. 433.) — Sur l'influence de l'exercice musculaire sur l'énergie, la rapidité et l'habileté des mouvements volontaires de la langue chez un bègue, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 6 décembre.) — Un cours berlinois sur les vices de la parole, par LAUBI. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Du bégaiement aigu, par L. TREITEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Le bégaiement et son traitement méthodique médical, par ALBERT et HERMANN GUTZMANN. (*Berlin.*) — Comment on guérit le bégaiement, par CHERVIN. (*La Voix*, septembre.) — La paralysie fonctionnelle du langage à haute voix, par O. ROSENBACH. (*Deut. med. Woch.*, n° 46, p. 1009.) — Un cas de surdité verbale, par FUMAGALLI. (*Riv. sper. di freniat.*, XVI, 4.)

Pathologie. — Manuel de diagnostic des maladies externes, par GUSTAV EDLEFSEN. (*Vienne.*)

Paupière. — De la blancheur précoce des cils, par BOCK. (*Klin. Monats. f. Augen.*, décembre.) — Pathologie et traitement des affections du bord des paupières, par WOLFFBERG. (*Ibid.*, décembre.) — Opérations pour le symblépharon, par SNELLEN. — Idem, par TWEEDY. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, X, p. 207.) — Deux cas de symblépharon traités par autoplastie, par BROWNE. (*Ibid.*, p. 229.) — Ectropion cicatriciel de la paupière inférieure, par TWEEDY. (*Ibid.*, 211.) — Hypertrophie faciale unilatérale avec ptosis hypertrophique, par THOMPSON. (*Ibid.*, X, p. 56.) — Opération du ptosis (excision d'une large bande du cartilage tarse), par HEISRATH. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Sur le traitement de l'entropion sénile grave, par ROBERTSON. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — Sur la restauration des paupières, par CHANTRE. (*Thèse de Lyon.*) — Procédé de blépharoplastie en forme de ciseaux, par FONTAN. (*Soc. d'opht.*, novembre. — Phlegmon gangréneux des paupières et de l'orbite; septicémie et mort, par VALUDE. (*France méd.*, 10 janvier.) — Tumeurs des paupières (variées),

par Rumschewitsch. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, octobre.) — Un cas de gomme de la paupière, par Ransohoff. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, mai.) — Hydradénome des paupières avec complications d'épithéliome, par Hallopeau. (*Soc. de dermat.*, 13 novembre.)

Peau. — Des fonctions de la peau, par Sarasohn. (62 pages, *Tubingue.*) — Expériences sur les sensations de traction et de pression cutanées, par Bloch. (*Soc. de biol.*, 27 décembre.) — D'où vient la couleur blanche de notre peau, par Kromayer. (*Deut. med. Woch.*, n° 25, p. 545.) — Index bibliographique de la dermatologie, par Szadek. (In-8°, *Hambourg.*) — L'importance de cliniques spéciales pour la dermatologie et la syphilidologie dans les universités prussiennes, par Heindrich Kœbner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 645, 14 juillet.) — Contributions à l'anatomie et à l'étiologie de quelques maladies de la peau, par du Mesnil. (*Verhandt. der physik. med. Gesels. zu Würzburg*, XXIV, n° 5.) — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'état dermographique de la peau, par Raymond. (*France méd.*, 5 décembre.) — Contribution à l'étude de l'épidermolyse bulleuse héréditaire de Köbner, par Bonaiuti. (*Il Morgagni*, décembre.) — Du léiomyome de la peau, par Passalacqua. (*Riforma med.*, 17 novembre.) — De la dermatose de Darier, par Buzzi et Miethke. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XII, 1.) — Dermatite herpétiforme, par Arning. (*Deut. med. Woch.*, n° 21, p. 459.) — L'aristol dans les maladies de la peau, par Gaudin. (*Journ. des mal. cut.*, I, p. 350.) — Du vernis à l'ichthyol, par Unna. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XII, 2.)

Pellagre. — Action toxique de l'oïdium lactis sur la farine de maïs, par Lombroso et Ottolenghi. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, septembre.) — Quelques recherches cliniques sur la pellagre, par L. Rincoroni. (*Ibid.*, septembre.) — De la pellagre, par L. Berger. (*Wiener Klinik*, n° 6.)

Pemphigus. — Du pemphigus vulgaire malin et du pemphigus gangréneux, par Matschke. (*Thèse de Berlin.*) — Pemphigus circiné, par Allen. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Etude du pemphigus chronique, par Herrmann. (31 pages, *Tubingue.*) — Deux cas de pemphigus végétant, par Muller. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 10.)

Périnée. — La réparation immédiate des plaies du périnée, par Hance. (*N. York med. Record*, p. 228, août.) — Rupture du périnée, par Roberston. (*Glasgow med. journ.*, août.) — Périnéoplastie anatomique ou nouveau procédé pour restaurer l'état anatomique et morphologique du périnée chez la femme, par Zannellis. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Sur la périnéorraphie à lambeau par le procédé de L. Tait, par Bastianelli. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.)

Péritoine. — Vélocité d'absorption de la cavité péritonéale, observations faites avec l'amygdaline et l'émulsine, par Fubini. (*Soc. toscana di sc. nat.*, 6 juillet et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Un cas de péritonite à pneumocoques, par Galliard. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 novembre.) — Des péritonites chroniques idiopathiques chez les alcooliques et les cardiaques, par Decorps. (*Thèse de Lyon.*) — Péritonite aiguë terminée par une perforation cutanée, par Mercier. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 682.) — Contribution à l'étude du drainage permanent de la cavité péritonéale dans les cas de péritonite chronique idiopathique, par L. Carfi. (*Riforma med.*, 30 octobre.) — De la péritonite appendiculaire et de son traitement chirurgical, par Groser. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — De la péritonite appendiculaire, du traitement, par Dittmann. (*Tubingue.*) — Etiologie de la péritonite puerpérale, par Kellermann. (*Inaug. Diss. Würzburg.*) — Péri-

tonite suppurée due à un ulcère perforant de l'estomac resté latent pendant la vie, laparotomie, mort, par WALTHER. (*Bull. Soc. anat.*, 17 octobre.) — Péritonite purulente ayant présenté tous les symptômes d'une occlusion intestinale, guérie par la laparotomie, par MARCHAND. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 376.) — Du traitement de la péritonite tuberculeuse, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre.) — Laparotomie pour tuberculose du péritoine, par KŒNIG; (13 opérations, 4 morts), SUBBOTIC; (2 cas guéris), KUEMMEL (9 cas; 8 guéris de l'opération; 2 morts ultérieurement de péritonite; 3 gardant des fistules). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 739, 11 août.) — Traitement de la tuberculose péritonéale par la laparotomie, par JOHN. (28 pages, *Tubingue.*) — Laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par ROUTIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 477 et 784.) — Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie. Amélioration considérable, par TERRILLON. (*Ibid.*, XVI, p. 469.) — Sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées, par PIC. (*Thèse de Lyon.*) — De la laparotomie dans la péritonite par perforation au cours de la fièvre typhoïde, par LOUIS. (*Progrès médical*, 27 décembre.) — Des tumeurs péritonéales, par LEHMANN. (40 pages, *Tubingue.*) — Des hématocèles et des hématomes du péritoine, par VEIT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 829, 8 septembre.) — Péritonite par rupture d'un hématome de l'ovaire, laparotomie, guérison, par BOLDT. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1041.) — Adénome secondaire du péritoine, par G. KLEIN. (*Sitzungsber. der physikal medicin. Gesells. zu Würzburg*, p. 104.) — Sarcome du mésentère. Extirpation, mort par péritonite, par SCHEDE. (*Deut. med. Woch.*, n° 23, p. 508.) — Sur un kyste séreux du mésentère traité par l'extirpation, guérison, par DURET et LANCIAL. (*Journ. sc. méd. Lille*, 19 décembre.)

Pharmacologie. — D'une réduction uniforme de la pharmacopée dans les différents pays, par LANGGAERD et HIRSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Série aromatique, par SOULIER. (*Lyon méd.*, 21 décembre.) — Etude expérimentale de l'essence de coriandre, par CADÉAC et MEUNIER. (*Province méd.*, 8 novembre.) — Etude physiologique et chimique des principes immédiats du persil, par MOURGUES. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Note sur la patate douce en Nouvelle-Calédonie, par PORTE. (*Arch. de méd. nav.*, décembre.) — Pharmacologie du curare et de ses alcaloïdes, par TILLIE. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Sur un procédé d'extraction de la curarine et sur l'action physiologique essentielle de cette curarine, par MEILLÈRE et LABORDE. (*Soc. de biol.*, 20 décembre.) — Parallèle pharmacologique entre la théobromine et la caféine, par LAZZARO. (*Ann. di chim.*, octobre.) — Action de la nicotine sur certains invertébrés, par GREENWOOD. (*Journ. of phys.*, n° suppl.) — Recherche de la morphine dans l'urine, le sang et les tissus, par WORMLEY. (*Chem. News*, août.) — Action physiologique de la morphine chez le chat, par GUINARD. (*Acad. des sc.*, 22 décembre.) — De la codéine, par LŒWENMEYER. (*Deut. med. Woch.*, n° 20, p. 429.) — Action physiologique de la cocaïne et critique expérimentale des travaux publiés sur son mécanisme d'action, par V. MOSSO. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, n°s 1, 2 et suiv. et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Action de la cocaïne sur la contractilité du protoplasma, par ALBERTONI. (*Ann. di chim.*, n° 6.) — L'action oxytoxique de la quinine, par ATKINSON. (*Americ. Journ. of med. sc.*, février.) — Contribution à la connaissance de la cystine, par E. KULZ. (*Zeit. für Biol.*, XXVII, p. 415.) — Sur l'action physiologique de la gérontine, par V. GRANDIN. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juillet.) — La santoninoxyne succédané de la santonine, par COPPOLA. (*Gaz. d'ospit.*, n° 52.) — Sur la spermine de Pel, par S. O. JAROCHEVSKY. (*Roussk. med.*, 23 septembre.) — L'euca-

lyptus globulus, par Benjafield. (*Lancet*, 13 décembre.) — De la partie active de l'huile de ricin, par Meyer. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVIII, 1 et 2.) — Lolium temulentum au point de vue chimique, pharmacologique et toxicologique, par Antze. (*Ibid.*, XXVIII, 1 et 2.) — Action de la podophyllotoxine cristallisée, par Neuberger. (*Ibid.*, XXVIII, 1 et 2.) — De la toxicité de la caltha palustris, par Brondgeest. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Causes des effets toxiques de l'extrait de fougère mâle, par Paulson. (*Ibid.*, p. 977, 20 octobre.) — De l'andromédotoxine, par Plugge. (*Ibid.*, p. 978, 20 octobre.) — De l'antagonisme entre les préparations iodées et salicylées, par Rosenbach. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 49.) — Absorption de l'iodure de potassium en onctions cutanées, par Peters. (*Ibid.*, n° 51.) — De l'influence du bicarbonate de soude sur l'assimilation et l'échange azoté, par G. Javein. (*Wratch*, 42.) — Action du carbonate de sodium injecté sous les centres nerveux, par Aducco. (*Ann. di freniat.*, II, 3 et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Réduction de l'acide glycuronique par l'amalgame de sodium, par H. Thierfelder. (*Zeit. für physiol. Chemie*, XV, p. 71.) — Le fluorure de sodium, par Hewelke. (*Deut. med. Woch.*, n° 22, p. 477.) — Sur l'action propre et comparée du strontium et de ses sels sur l'organisme, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.) — Sur la toxicité du chlorate de potasse, par Lépine. (*Semaine méd.*, 26 novembre.) — Monographie du sous-nitrate de bismuth, par Heret. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — Recherche et dosage du mercure dans le fœtus et ses annexes, par Cathelineau et Steff. (*Ann. de dermat.*, I, 12.) — De l'eau boriquée naphtolée, accroissement de solubilité du naphtol B, par Anotta. (*Soc. de biol.*, 15 novembre.) — Les camphres et leurs combinaisons avec le chloral; le menthylate de chloral, par Schmitt. (*Soc. de biol.*, 6 décembre.) — Théorie de la résorption du chloral dans l'organisme, par Liebreich. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Du salol, par E. Hirtz. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 octobre.) — Du sozoiodol, par Nitschmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Du fluoroforme, par Binz. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Valeur de l'hydronaphtol comme antiseptique, par Bryce. (*Brit. med. journ.*, 22 novembre.) — L'acide phénique, la créoline et le lysol, étude comparative de leur action sur divers microorganismes, par Ed. Remonchamps et E. Sugg. (*Mouvement hyg.*, VI, 367 et 409.) — Sur l'action physiologique de la carbothialdine, par Mazzetti. (*Ann. di chimica*, XI, 6 et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Expériences sur la thialdine, par Lusini. (*Ibid.*) — De la créoline, par Bitter. (*Inaug. diss.*, *Breslau.*) — Les couleurs d'aniline comme antiseptique, par Berthold, van Hippel, Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 954, 13 octobre.) — Toxicité de la glycérine, par Lailler. (*Soc. de biol.*, 27 décembre.)

Pharynx. — Le gargarisme, ses indications, par Swain. (*N. York med. record*, p. 57, juillet.) — Le menthol dans la rhinite aiguë, l'influenza et les autres affections de la gorge et du nez, par Lennox Browne. (*Med. Press*, 8 janvier.) — Le menthol dans les affections de la gorge, par Fraser. (*Ibid.*, 29 janvier.) — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Hovell. (*West kent med. chir. soc.*, 7 novembre.) — L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, son traitement, par Medernach. (*Thèse Wurzbourg.*) — Etude sur 1,000 cas de végétations adénoïdes, par Schaeffer. (*Wiener med. Woch.*, n°s 49 et 50.) — De l'obstruction rétro-nasale chez les enfants, tumeurs adénoïdes, par Noland Mackenzie. (*Med. and Chir. state fac. of Maryland*, 11 novembre.) — Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'adulte, par Cuvillier. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme facteur étiologique possible des papillomes laryngés chez l'enfant, par Lennox Browne. (*Brit. laryng.*

assoc., 20 novembre.) — De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique pour l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant, par Boyals. (*Thèse de Paris*, 17 décembre.) — De la tuberculose pharyngée, par Wohlauer. (*Inaug. diss. Berlin.*) — Saillie osseuse de la paroi postérieure du pharynx, par Zadek. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — Un cas d'abcès rétro-pharyngé, par A. Leschinsky. (*Rouss. Med.* 41.) — Les abcès rétropharyngés, par Lissounov. (*Ibid.* 41.) — Technique de la pharyngotomie sous-hyoïdienne; un cas de lipome dur de la cavité pharyngo-laryngée enlevée par la pharyngotomie, par Aplavin. (*Arch. f. klin. Chir.* XLI, 2.) — Polype fibro-muqueux naso-pharyngien, accès caractérisés par des phénomènes congestifs, des hémorragies et une augmentation momentanée du volume de la tumeur, atrophie progressive spontanée, par Bouchaud. (*Journ. de méd. Lille*, 21 novembre.) — Polype fibreux naso-pharyngien chez un garçon de 11 ans, résection du maxillaire supérieur, extirpation, grave hémorragie capillaire au cours de l'opération, guérison, par Lancial. (*Ibid.*, 9 janvier 1891.) — Deux cas de cancer du pharynx et du larynx, par Ray. (*N. York med. record.*, p. 270, septembre.) — Cancer du pharynx. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Mort sans récidive au bout de 9 mois, par Benno Laquer. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Des blessures de la cavité pharyngienne, par Aronson. (*St. Petersb. Woch.*, 20 septembre.)

Phlegmon. — Histogénie du phlegmon métastatique, par Budoy. (*Arch. f. path. Anat. CXXII*, 2.) — Traitement moderne du phlegmon diffus, par Schöpwinkel. (In-8°, *Tubingue.*)

Physiologie. — Cours de physiologie, programme sommaire, par Richet. (In-16, *Paris.*)

Pied. — Traité pratique et philosophique du pied-bot, par E. Duval. (*In*-8°, *Paris.*) — Pieds-bots paralytiques, par Phocas. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 482.) — Traitement du pied-bot varus equin par la traction continue, par Taylor. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, II, p. 250.) — Appareil pour bied-bot, par Wilh. Schulthess (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 13, *p.* 427, 1er juillet.) — Traitement du pied-bot, par Brunner. (*Münch. med. Woch.*, 4 novembre.) — Double pied-bot equin varus congénital, excision des deux astragales, par Morton. (*Philad. Acad. of Surg.*, 4 décembre.) — Discussion du Congrès de Berlin sur le traitement du pied-bot. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 902, 29 novembre.) — Dissection d'un pied plat, par Humphry. (*Journ. of Anat.*, octobre.) — Traitement du pied plat, par Miller. (*Edinb. med. journ.*, septembre.) — Traitement du pied plat, par Landerer, Lorenz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 782, 25 août.)

Pigment. — Un cas de pigmentation cutanée après l'usage prolongé de l'arsenic dans un cas de matadie de Basedow, par R. Förster. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 décembre.)

Pityriasis. — Pityriasis rubra généralisé, par Leviseur. (*N. York dermat. Soc. journ. of cut. dis.*, décembre.) — Le pityriasis rosé de Gibert, par Thibierge. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 décembre.)

Placenta. — Recherches sur les infarctus blancs du placenta, par Jacobsohn. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 2.) — Les maladies du placenta cause d'accouchement prématuré, par Upshur. (*Richmond Acad. of med.*, 23 septembre.) — Rétention placentaire complète avec adhérences, septicémie puerpérale, curage, écouvillonnage et tamponnement utérins, guérison, par Barnay et Roland. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Rétention du placenta

chez une femme ayant un utérus et un vagin doubles, par Thévard. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 décembre.) — Un cas de placenta prævia central avec présentation de l'épaule, par Geller. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 837.) — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta, par Murphy (42 cas d'accouchement provoqué par ballon de Barnes : 14 enfants vivants, 2 mères mortes l'une par septicémie, l'autre par anémie). (*Berl. klin. Woch.*, p. 857, 15 septembre.) — Contribution à la statistique et au traitement du placenta prævia à insertion centrale, par Pazzi. (*Riforma med.*, 21, octobre.) — Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prævia, par Audry. (*Arch. de tocol.*, octobre.)

Plaie. — Recherches sur la structure et l'embryogénie du tissu de granulations, par Nikiforoff. (*Beiträge zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII.) — Double plaie pénétrante de poitrine avec perforation double du poumon et du cœur produite par un coup de feu unique, par Chevalier. (*Arch. de l'anthrop. crimin.* V, 15 septembre.) — Tentative de suicide par piqûre d'épingle, par H. Colin. (*Progrès médical*, 13 septembre.)

Plèvre. — Diagnostic des pleurésies latentes et des pleurésies secondaires, par Potain. (*Bull. méd.*, 24 décembre.) — Trois cas de pleurésie sèche aiguë ; signes et pronostic, par Van Santvoord. (*N. York med. record*, p. 120, août.) — Congestion pulmonaire et pleurésie, par Koch. (*Union médicale*, 25 novembre.) — Grande valeur du signe de Baccelli (perception de la voix chuchotée au niveau de l'abdomen) pour le diagnostic différentiel des épanchements séreux de la plèvre, par Rummo. (*Berl. klin. Woch.*, p. 738, 11 août.) — Mort subite dans un cas de pleurésie tuberculeuse à grand épanchement, par Galliard. (*France méd.*, 12 décembre.) — Pleurésie chyleuse, par Neuenkirchen. (*St. Petersb. med. Woch.*, n° 51.) — Etiologie et traitement des pleurésies, par Patella. (3e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 20 octobre). — De la résonnance plessimétrique de Guéneau de Mussy, par Fazio. (*Ibid.*) — Sur la question du traitement de la pleurésie exsudative et de l'influence des ponctions hâtives sur sa marche, par A. Egorovsky. (*Wratch*, 49.) — Traitement de la pleurésie par l'iodoforme, par Werner. (46 p. *Tubingue.*) — Du traitement de la pleurésie séreuse par ponction partielle du liquide suivie d'injection salée, par Lewaschew. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 738, 11 août.) — Traitement des pleurésies séro-fibrineuses par le salicylate de soude, par Mercandino. (*Riforma méd.*, 17 décembre.) — Historique de la thoracentèse, par C. Gerhardt. (*Berlin.*) — Pleurite fibro-calcifiante. Trois observations de pétrification de la plèvre, par Poulalion. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 342, 4 juillet.) — Sur la pleurésie purulente, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 octobre.) — Deux cas d'empyème suite de fracture de côtes. (*Lancet*, 27 décembre.) — Du traitement des pleurésies purulentes métapneumoniques, par Baumevielle. (*Thèse de Lyon.*) — Opération d'un empyème chez un tuberculeux, par Gerhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — Du traitement de la pleurésie purulente. Discussion de la Société vaudoise de médecine. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 769, décembre.) — Traitement de la pleurésie purulente (thoracotomie, résection costale, lavages au sublimé, drain à demeure), méthode de Zielewicz, 8 cas, par Blazejewski. (*Berl. klin. Woch.*, 23 juin.) — Drain tombé dans la plèvre. Fermeture de la plaie de la pleurotomie. Vomique pulmonaire. Nouvelle pleurotomie et résection costale. Ablation du corps étranger, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 609). — Empyème double, drainage, guérison, par Coupland et Gould. (*London clin. Soc.*, 12 décembre.) — Empyème, communication avec l'œsophage, par Vœlcker. (*Ibid.*)

Poil. — Des altérations des follicules dans l'épilation, mode de régénération, par Giovannini. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXV, 4.) — Des alopécies, et spécialement de l'alopécie syphilitique, par Fournier. (*Union méd.*, 27 novembre.) — De l'hypertrichosis de l'homme, par H. Chiari. (*Prager med. Woch.*, n° 40.)

Poumon. — Anatomie comparée des réservoirs aériens d'origine pulmonaire chez les oiseaux, par Roché. (*Thèse fac. des sc. Paris.*) — Expectoration d'épithélium alvéolaire pigmenté dans l'induration brune des poumons liée à des affections cardiaques, par Sommerbrodt. (*Berl. klin. Woch.*, 25 novembre 1889.) — Une forme particulière de congestion pulmonaire, par Weill. (*Province méd.*, 20 décembre.) — Congestion pulmonaire chronique, par Thévenet. (*Lyon méd.*, 28 décembre.) — La congestion pulmonaire idiopathique, par Tournier. (*Revue gén. de clin.*, n° 42, p. 668.) — L'épidémie récente de pneumonie à Sheffield, par Gwynne. (*Lancet*, 27 décembre.) — De l'immunité contre le diplocoque pneumonique, par Foa. (*Il policlino*, I, 18.) — Du pronostic dans la pneumonie, par Sturges. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — De la pneumonie érysipélateuse, par Duléry. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Sur un cas d'arthrite purulente consécutive à une pneumonie avec présence du pneumocoque dans le pus, par Picqué et Veillon. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — Deux cas de complications pyémiques après la pneumonie, par Boehr. (*Deut. milit. Zeit.*, XIX, 12.) — Valeur du traitement antipyrétique dans la pneumonie, par Penzoldt. (*Münch. med. Woch.*, 9 septembre.) — Abcès du poumon, drainage, fistule œsophagienne, par Hawkins. (*London clin. Soc.*, 12 décembre.) — Gangrène pulmonaire, guérison, par Renault. (*Soc. Anat.*, 7 février.) — Etiologie de la gangrène pulmonaire, remarques sur l'anatomie des grosses bronches, par Schroetter. (*Wiener klin. Woch.*, n° 45.) — Pneumotomie pour gangrène pulmonaire, par R. Bastianelli. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.) — Affections pulmonaires (kystes hydatiques, abcès métastatique), traitées avec succès par l'intervention chirurgicale, par Colley. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre.) — Pneumothorax dans le cours de la phtisie, par Williams. (*N. York med. journ.*, 22 mars.)

Pourriture d'hôpital. — Sur un cas de pourriture d'hôpital et le traitement de cette maladie par l'acide salicylique, par von Herff. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 949.)

Prostate. — De l'atrophie de la prostate, par J. Englisch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 951, 13 octobre.) — De l'hypertrophie prostatique, par Bottini. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.) — Du mécanisme des obstructions prostatiques démontré par un cas de tumeur de la vessie, par Wilson. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Des opérations palliatives chez les prostatiques, par Vignard. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Sur le traitement non opératoire de l'hypertrophie prostatique, par Cabot. (*Boston med. j.*, 4 décembre.)

Protozoaires. — Sur la psorospermose du foie chez le lapin domestique, par Malassez. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — Recherches sur la digestion chez les protozoaires, par Le Dantec. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 12.) — Un cas de psorospermose cutanée, par Schwimmer. (*Gyogyaszat*, n° 43.)

Prurigo. — Prurigo et éruption d'été, par Berliner. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XI, 10.) — Pathogénie et traitement du prurit cutané, par E. Paola. (*Sicilia medica*, n° 9, p. 646-90.)

Psychologie. — Étude sur la perceptibilité différentielle, par MENDELSSHOHN et MEYER. (*Arch. de neurol.*, n° 60.) — Des hallucinations partielles, par SOUCHON. (*Tubingue.*) — Le rêve, par MACFARLANE. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — Etude des psychoses consécutives au rhumatisme, par KLEIN. (In-8°. *Tubingue.*)

Puerpéral (état). — La question de la fièvre puerpérale, par CHAZAN. *Samml. klin. Vortraege,* n° 12.) — De l'unité pathogénique des différentes formes de l'infection puerpérale, par CHAMBRELENT. (In-8°, 32 p. *Bordeaux.*) — Fièvre puerpérale, par KAY. (*N. York med. journ.,* 22 novembre.) — Infection puerpérale, par SOULIGOUX. (*Soc. Anat.,* 20 juin.) — Septicémie puerpérale, par BUSCARLET. (*Ibid.*, 18 juillet.) — Folie puerpérale amnésie, astasie et abasie, idées délirantes communiquées par SÉGLAS et SOLLIER. (*Arch. de neurol.*, n° 60.) — Traitement de la fièvre puerpérale, par l'alcool, par MARTIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 779, 25 août.) — Antipyrine dans la fièvre puerpérale, par Mc BEATH. (*Lancet*, 22 novembre.)

Purpura. — Du purpura hémorragique, par LOCKWOOD. (*N. York Acad. of med.*, 21 octobre.)

R

Rachis. — De la détermination du segment de moelle lésé dans les affections des vertèbres cervicales inférieures, par KRAUS. (*Zeit. f. klin. Med.,* XVIII, 3 et 4.) — Sur la question des fossettes qui se trouvent à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, par J. CHAVLOVSKY. (*Wratch,* 49.) — Les effets des mouvements du corps sur la position du canal médullaire, par REID et SHERRINGTON. (*Brain*, n° 52.) — L'infundibulum coccygien (foveola coccygea) au point de vue clinique, par MANTEUFFEL. (*Deutsche med. Woch.,* n° 22, p. 473.) — De la scoliose névropathique, par JASINSKI. (*Przeglad lekarski*, n° 7.) — Le pronostic de la lordose chez les jeunes filles, par GIBNEY. (*N. York med. Record*, p. 204, septembre.) — Sur un cas de scoliose, par GRANCHER. (*Union méd.*, 13 novembre.) — Un cas de lordose cervicale, par P. HEYMANN. (*Berlin. klin. Woch.,* 24 novembre.) — Causes de la torsion des vertèbres dans la scoliose, par E. MIURHEAD LITTLE. (*Ibid.*, 8 septembre.) — Traitement de la scoliose essentielle des adolescents, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthop.*, n° 6.) — Manière d'appliquer le corset plâtré sans employer la suspension, par FOREST. (*N. York med. Record*, p. 519, 8 novembre.) — Pathogénie et traitement de la scoliose, par PHOCAS. (*Gaz. des hôp.*, 20 décembre.) — Traitement de la scoliose, par TAYLOR. (*N. York med. Journ.*, 15 novembre.) — Tuberculose des premières vertèbres cervicales et de leurs articulations, par MORIAN. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Traitement de l'arthrite vertébrale tuberculeuse dans le lit plâtré, par LORENZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 901, 29 septembre.) — Carie de l'épine dorsale, rupture d'un abcès du psoas dans la cavité pleurale droite, mort, par HEATH. (*Lancet*, 6 décembre.) — De la trépanation du rachis dans les paralysies par spondylèse, par KRASKE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Fracture de la sixième vertèbre cervicale. Trépanation. Mort, par MANLEY. (*N. York med. Record*, p. 290, septembre.) — Du cancer primitif de la colonne vertébrale, par VIALLE. (*Thèse de Lyon.*) — Cancer du rachis dorsal (2e et 4e vertèbres thoraciques) consécutif à un cancer latent de l'estomac (petite courbure), et

coexistant avec un anévrisme de la crosse aortique chez une femme de 61 ans, par GOLDSCHEIDER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 877, 22 septembre.) — Sur l'ankylose de l'atlas, par R. LANGERHANS. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXI, 2.) — Enfant de sourds-muets portant au sacrum une dépression (sans lésion du rachis) garnie d'une touffe de poils, par SCHELLONG. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.)

Rachitisme. — Sur l'absence du rachitisme au Japon, par ASHMEAD. (*N. York med. Record*, 11 octobre.)

Rage. — La rage à Lyon du 1er novembre 1889 au 1er novembre 1890; 178 cas sur des animaux, 94 cas de morsures, par GALTIER. (*Lyon médical*, 30 novembre.) — La rage en Belgique en 1889, par DESSART. (*Le Mouvement hygiénique*, VI, 441.) — La rage humaine avant et après Pasteur, mortalité toujours la même avec et malgré la méthode de salut, par PETER. (*Journ. de méd. Paris*, p. 417.) — Altérations histologiques de la rétine dans la rage expérimentale, par FALCHI. (*Soc. di med. Pavia*, 12 juillet et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Sur la manière dont se compose le virus de la rage dans le vide et dans plusieurs gaz, par BRUSCHETTINI. (*Ann. de microg.*, octobre.) — Sensations éprouvées par les sujets inoculés contre la rage, par GIBIER. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 13 septembre.) — Discussion du Congrès international de Berlin sur le traitement de la rage par les inoculations. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 831, 8 septembre.)

Rate. — Des processus de multiplication et de régression des grosses cellules de la rate de la souris blanche en état d'hyperplasie aiguë, par K. HESS. (*Beitraege Zeit. zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.) — Ablation d'une rate sarcomateuse, par FLOTHMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.)

Rectum. — Traitement du prolapsus rectal sans ablation de tissus, par SIMPSON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 829, 8 septembre.) — Résultats éloignés de la rectopexie, par VERNEUIL. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XVI, p. 635.) — Les tumeurs bénignes du rectum, par BALL. (*Brit. med. Journ.*, 13 décembre.) — Cancer du rectum, par LEFEBVRE. (*Soc. Anat.*, 24 octobre.) — Cancer ou syphilome rectal, par VERCHÈRE. (*Soc. Anat.*, 27 juin.) — Extirpation du cancer rectal par la voie vagino-rectale avec conservation du sphincter, par DESGUIN. (*Ann. soc. méd. Anvers*, septembre.) — De l'ablation du rectum atteint de dégénérescence cancéreuse, par M. ROSENGART. (*Wratch*, 45.) — L'opération du cancer du rectum en deux temps, par REHN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum avec conservation du sphincter anal, par RECLUS. (*Bull. soc. de Chir.*, XVI, p. 413, 415, 424.) — Des nouvelles opérations contre le cancer du rectum, par IVERSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.)

Réflexe. — Notes sur les réflexes nerveux, par BALCOCK. (*N. York med. Record*, p. 113, août.) — Les réflexes de la cavité buccale influant sur la secrétion gastrique, par N. KETCHER. (*St-Pétersbourg.*)

Rein. — Relations des capsules surrénales avec les autres organes, et spécialement le cerveau, par R. ZANDER. (*Beitraege z. path. Anat. u. allg. Path.*, VII, p. 441.) — Recherches expérimentales sur l'action de l'arsenic sur les reins, par GIANTURCO. (*Giorn. Assoc. dei natur. Napoli*, n° 3.) — Configuration et siège anormal des reins, par A. KRUSE. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre.) — Deux cas de néphrite infectieuse primitive, par ENGEL. (*Prager med. Woch.*, 10 décembre.) — Des néphrites sans albuminurie, par DE COQUET. (*Thèse de Bordeaux.*) — Valeur considérable de la

densité corrigée de l'urine dans les maladies du rein, par Beugnies-Corbeau. (*Gaz. méd. Paris*, 22 novembre.) — Etiologie du mal de Bright aigu avec recherches sur l'endocardite bactérienne, expérimentale, par Mannaberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — La folie comme symptôme de maladie de Bright, par Bennett. (*Buffalo med. Journ.*, octobre.) — Etude des néphrites, par Vignerot. (*Thèse de Paris*, 16 décembre.) — Symptômes oculaires du mal de Bright, par Alleman. (*Journ. Americ. med. assoc.*, 29 novembre.) — De l'influence de l'alimentation végétale, animale ou mixte sur l'albuminurie, la circulation, le pouls, etc., dans la néphrite chronique, par Lassjadko. (*Wratch*, n° 49.) — Traitement de la maladie de Bright chronique, par R. Lépine. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 724,11 août.) — De l'atrophie congénitale unilatérale du rein avec formations kystiques, par J. Arnold. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.) — Anurie calculeuse. Mort le dixième jour. Accès d'angor pectoris, par Féréol. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 octobre.) — Traitement des calculs rénaux d'acide urique, par Pfeifer. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 mai.) — Le rein mobile des femmes et son traitement manuel, par Kumpf. (*Wiener med. Presse.*, n° 18, p. 726.) — Coexistence de paralysie du grand dentelé, de pelade et de deux reins mobiles chez un homme, par Eichhorst. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 429, 1er juillet.) — Entéroptose et rein flottant, par Greffier. (*France méd.*, 24 octobre.) — Du rein flottant, son traitement par la néphrorraphie, par Sulzer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXI, 5 et 6.) — Traitement du rein flottant, par Potherat. (*Revue gén. de clin.*, n° 33, p. 523.) — La chirurgie des reins et des uretères par Le Dentu. (*Rev. gén. des sc.*, 30 novembre.) — Importance de la cystoscopie par le diagnostic des affections chirurgicales des reins, par Israel et Nitze. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Hydronéphrose traumatique guérie par un effort naturel, par Goodhart. (*London clin. Soc.* 28 novembre.) — Hydronéphrose congénitale chez un homme de 19 ans, par Lannois. (*Lyon méd.*, 30 novembre.) — Des contusions et déchirures du rein, par Martin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Néphrotomie suivie de guérison; extraction de onze calculs phosphatiques du bassinet, malgré l'acidité des urines, par E. Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 850, 15 septembre.) — Deux cas de néphrolithotomie pour calculs, par Lange. (*N. York surg. Soc.*, 22 octobre.) — Pyélonéphrite calculeuse. Néphrectomie transpéritonéale, par Reclus. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 582.) — Rein calculeux, pyonéphrite, néphrectomie, guérison. Cancer du rein, ablation, guérison, par Lange. (*N. York surg. Soc.*, 12 novembre.) — Un cas d'uretéro-lithotomie, par Cabot. (*Boston med. Journ.*, 25 décembre.) — Du traitement chirurgical de la tuberculose rénale, par Madelung. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — De l'ablation partielle des reins, par Kümmell. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Adénome du rein, néphrectomie, guérison, par Keyer. (*Americ. Journ. of med. sc.*, décembre.) — Des angiosarcomes primitifs des reins, par E. de Paoli. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.) — Sarcome du rein, laparotomie, par Doyon. (*Lyon médical*, 21 décembre.) — Tumeur de l'extrémité supérieure du rein gauche, ayant épargné les quatre cinquièmes de l'organe, enlevée par la laparotomie, par la méthode intrapéritonéale avec pédicule rentré sans drainage, par Terrillon. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 474.) — Présentation d'un homme de 60 ans ayant subi il y a six ans la néphrectomie pour cancer, sans récidive jusqu'ici (sans détails), par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 429, 1er juillet.)

Résection. — Résection sous-périostée de l'omoplate, par Ollier. (*Lyon méd.*, 14 déc.) — Résection des deux hanches, par Routier. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XVI, p. 784.) — Résection du genou; statistique de 44 cas. Pro-

cédés opératoires, par J. Lucas-Championnière. (*Ibid.*, XVI, p. 572.) — Nouvelle indication de l'opération de Wladimiroff Mikulicz, par Rydygier. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Cas très heureux de résection du cou-de-pied, par Schüller. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 760, 18 août.)

Respiration. — Quelques remarques sur mon hypothèse de la réglementation personnelle de la respiration et la discussion du Dr Cowl, par Meltzer. (*N. York med. Journ.*, 22 novembre.) — Sur la détermination expérimentale du centre respiratoire, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 15 novembre.) — De l'influence des inspirations profondes sur la capacité vitale, sur la force de l'inspiration et de l'expiration et le trajet de la cage thoracique, par J. Timofeeff. (*Wratch*, 42.) — Influence de l'acide acétique sur les échanges gazeux respiratoires, par Mallèvre. (*Acad. des sc.*, 1er décembre.) — Chimie de la respiration chez le cheval au repos et au travail, par Smith. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — Sur un cas d'inhibition respiratoire, par Aducco. (*Ann. di freniat.*, III, p. 220, et *Arch. ital. de biol.*, XIV, 3.) — Sur un cas de phénomène de Cheyne Stokes avec arrêt complet du cœur pendant les phases respiratoires, interprétation physiologique, et signification pronostique de ce syndrome, par Hallopeau et Petit. (*France méd.*, 19 décembre.)

Rétine. — Présence de fibres à myéline dans la rétine, par Manz. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Observations expérimentales sur les éléments contractiles de la rétine chez les animaux à sang froid, par Arcoleo. (*Ann. di ottalm.*, XIX, 3 et 4.) — Altérations de la rétine chez la grenouille à la suite de l'excision du nerf optique, par C. Colucci. (*Riforma med.*, 22 décembre.) — Le triangle des couleurs et le sens des couleurs dans les parties excentriques de la rétine, par E. Hering. (*Archiv für gesammte Physiol.*, XLVII, p. 417.) — Veine rétinienne anormale, par Werner. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, X, p. 151.) — Embolie d'une branche de l'artère centrale de la rétine, par Lawford. (*Ibid.*, p. 153.) — Hémorragies dans la macula dans un cas de glaucome, par Morton. — Hémorragie rétinienne et sous-hyaloïdienne dans la région de la macula, par Wells. (*Ibid.*, p. 155 et 156.) — Etat de la rétine dans la leucocythémie, par Edmunds. (*Ibid.*, p. 157.) — Rétinite albuminurique chez une fille de 15 ans, deux ans après une scarlatine avec anasarque ; pas d'albuminurie actuelle, par Collins. (*Ibid.*, X, p. 148.) — Modifications du fond de l'œil semblables à celles de la rétinite albuminurique, par Beaumont. (*Ibid.*, p. 149.) — Aspect ophtalmoscopique dans un cas de décollement kystique de la rétine, par Thomson. (*Ibid.*, p. 151.) — Valeur séméiologique de la rétinite brightique, par de Lapersonne. (*Bull. méd. du Nord.*, n° 19.) — Deux cas de rétinite proliférante, par Pflueger. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Efficacité des injections d'antipyrine dans trois cas d'héméralopie symptomatique de rétinite pigmentaire, par Grandclément. (*Ann. d'ocul.*, novembre.) — Thrombose de l'artère centrale de la rétine, volumineuse artère rétinociliaire, vision centrale conservée, par Wadsworth. (*Boston med. Journ.*, 11 décembre.) — De l'embolie de l'artère centrale de la rétine, par Fischer. (*Leipzig*, 246 p.) — Du gliome de la rétine, 60 cas, par Lawford et Collins. (*London opht. hosp. Rep.*, XIII, 4.) — Deux cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, l'un avec courant centripète dans un rameau, par Uhthoff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 825, 8 septembre.)

Rhumatisme. — Le rhumatisme articulaire chronique et ses rapports avec le système nerveux, par Ralf Wichmann. (*Berlin.*) — L'étiologie de la fièvre rhumatismale (émanation des égouts), par Dalton. (*Brit med. Journ.*,

mars, p. 472.) — Recherches histologiques dans un cas de polyarthrite aiguë, par A. Bignanci. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma*, mai.) — Un cas d'exanthème rhumatismal sous forme de dermatose pustuleuse hémorragique limitée à la peau aux muqueuses, par Litten. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Traitement de la fièvre rhumatismale avec la teinture composée de quina, par Clark. (*Therap. Gaz.*, 15 décembre.) — Rhumatisme, son traitement passé et actuel, recherches expérimentales sur l'acide salicylique et ses sels, par Charteris. (*Med. chir. Trans.*, LXXIII, p. 141.) — La salicine comparée au salicylade de soude au point de vue de l'excrétion d'acide urique, sa valeur dans le traitement du rhumatisme aigu, par Haig. (*Med. chir. Trans.*, LXXIII, p. 297.) — De la méthode thermo-résineuse appliquée au traitement du rhumatisme apyrétique, par Chevandier. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.)

Rougeole. — Note sur la rougeole à forme dyspnéique, par Thomas. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 488, juillet.) — Rougeole et scarlatine simultanées, par Max Flesch. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.). — Rougeole, croup, purpura hémorragique; guérison, par Laudon. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 568.) — Cowpérite au cours d'une rougeole, par Rona. (*Arch. für Derm.*, XXII Heft 3.)

S

Salivaire (App.) — Sur la glande sous-maxillaire des vieillards, par Pilliet. (*Soc. anat.*, 20 juin.) — Calculs salivaires à facettes, par O. Tross. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1er juin.) — Tumeur gazeuse de la joue par déchirure du canal de Sténon, par Deichmueller. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 décembre.) — Etude de la grenouillette, par Rahn. (30 p. *Tubingue.*) — Sarcome primitif de la glande sous-maxillaire, par Briquet. (*Journ. sc. méd. Lille*, n° 17.)

Sang. — Etudes hémométriques, par Raum. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVIII, 1 et 2.) — Notes cliniques d'hématologie, par Gabritschewsky. (*Ibid.*) — Sur une nouvelle méthode hémato-alcalimétrique et sur l'alcalinité comparée du sang des vertébrés, par Drouin. (*Acad. des sc.*, 1er déc.) — Nouvelle méthode clinique d'examen du sang fondée sur la résistance plus ou moins grande des hématies aux décharges électriques, par Laker. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1er sept.) — L'hématocrite, appareil nouveau pour déterminer la quantité de globules du sang, par S.-G. Hedin. (*Skandin. Archiv für Phys.*, II, p. 134 et 360.) — La cristallisation de l'hémoglobine chez l'homme et les animaux inférieurs et des hémachromogènes chez l'homme, par Copeman. (*Journ. of phys.*, XI, 6.) — De la fixation, de la coloration et la conservation des éléments cellulaires du sang, par Griesbach. (*Zeit f. wiss. Mikrosk.*, VII, 3.) — Obs. sur les mouvements des globules rouges dans certaines circonstances pathologiques, par Browicz. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, n° 34.) — Sur certaines erreurs auxquelles peut donner lieu l'examen histologique du sang, par Treille. (*Soc. de biol.*, 20 déc.) — Recherches sur la composition du sang chez les femmes enceintes et accouchées, par Schrœder. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXIX, 2.) — Contribution à la question de la pression sanguine chez les chiens jeûnants, par S.-P. Vérécoundov. (*Roussk. Med.*, 9 sept.) — Sur l'augmentation considérable

du nombre des globules rouges du sang chez les habitants des hauts plateaux de l'Amérique du Sud, par VIAULT. (*Acad. des sc.*, 15 déc.) — Des pseudomicrobes du sang humain normal, par KOLLMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 781, 25 août.) — Au sujet des altérations des globules rouges du sang qui peuvent être confondues avec les hématozooaires du paludisme, par LAVERAN. (*Soc. de biol.*, 27 déc.) — Sur la bactériologie du sang, par E. DE RENZI. (*Riv. clin. e terap.*, n° 11, p. 561.) — Recherches sur la coagulation du sang, par ARTHUS. (*Thès. fac. des sc. Paris.*) — Sur les changements qui se produisent dans les globules rouges par l'action des sels qui enlèvent l'hémoglobine, par N. KOWALEWSKY. (*Centralb. f. d. med. Wiss.*, p, 97.) — Le passage de l'hémoglobine dans la bile, par FILEHNE. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 3.) — De la proportion d'hémoglobine dans les maladies chirurgicales et en particulier après les hémorragies, par BIERFREUND. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Sur l'effet des ferments hydrolitiques sur le sang, par H. HILDEBRANDT. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXII, 2.) — Sur le dosage colorimétrique du fer, par LAPICQUE. (*Soc. de biol.*, 29 nov.) — L'extrait de sangsue, son action sur le sang, par DICKINSON. (*Journ. of phys.*, XI, n° suppl.) — Sur l'effet de la peptone sur la coagulation du sang et de la lymphe, par SHORE. (*Journ. of phys.*, XI, n° suppl.) — De l'action toxique des extraits alcooliques du sang et des divers tissus, par HÉRICOURT et RICHET. (*Soc. de biol.*, 13 déc.) — Toxicité du sérum, par CHARRIN. (*Ibid.*) — Sur l'action germicide du sang, par LEBB. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — Les maladies du sang et les méthodes de leur examen clinique, par D. VERIOUJSKY. (*St-Pétersbourg.*) — Anatomie pathologique du sang dans la pneumonie, par KIKODSE. (*Thèse St-Pétersbourg.*) — Recherches sur la leucocytose, par PÉE. (In-8°, *Tubingue.*)

Sarcome. — Greffe d'un fibro-sarcome chez le rat, par EISELBERG. (*Wiener klin. Woch.*, 27 nov.) — Tumeur parotidienne offrant les caractères d'un cylindrome ; excision; examen histologique, par E. KUMMER et CRISTIANI (myxosarcome). (*Revue médic. Suisse romande*, X, 761, décembre.) — Fracture spontanée du fémur droit à la suite d'un sarcome périostique et central du fémur ; désarticulation de la cuisse ; guérison, par G. VELO. (*Riforma med.*, 12 déc.)

Saturnisme. — Examen analytique et clinique du saturnisme dans ses manifestations aiguës, par OLIVER. (*Med. chir. transac.*, LXXIII, p. 33.) — Néphrite saturnine et urémie, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 17 décembre.) — 5 cas d'encéphalopathie saturnine, par TRIMBORN. (*Tubingue.*) — Sur les altérations microscopiques des tissus et des organes dans l'empoisonnement aigu par le plomb, par COEN. (*Bull. sc. méd. Bologne*, mai.) — Importance de la recherche du plomb sur la peau des saturnins, per K. MIURA. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.) — Du saturnisme professionnel et de la prophylaxie administrative, par PANIENSKI. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, LIII, 321.) — Prophylaxie de l'intoxication saturnine chez les cérusiers, par LAVRAND. (*Journ. sc. méd. Lille*, 14 novembre.)

Scarlatine. — La stomatite aphteuse ; ses relations avec la scarlatine humaine, par STICKLER. (*N. York med. record.*, p. 285, septembre.) — De la scarlatine, par SEVESTRE. (*Progrès méd.*, 23 nov.) — De la néphrite scarlatineuse, par SÖRENSEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — Quelques obs. sur la scarlatine, les mesures prophylactiques et le traitement, appuyés sur une trentaine d'années d'expérience, par PIPPINGSKOLD. (*Finska lakar. handlingar*, XXXII, 12.) — Les injections hypodermiques de sublimé dans la scarlatine et dans la diphtérie, par G. JACONTINI. (*Il Mor-*

gagni, nov.) — De la sclérodermie, par Dinkler. (*Berlin klin. Woch.*, 13 octobre.) — Sclérodermie débutant par une asphyxie symétrique des extrémités et s'accompagnant temporairement de maladie d'Addison, par Mendel. (*Ibid.*, 1er septembre.) — Sclérodermie en bande améliorée par l'électrolyse, par Brocq. (*Soc. de dermat.*, 11 décembre.)

Sclérotique. — Traitement des plaies de la sclérotique, par Berry. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, X, p. 205.)

Scorbut. — Un cas de scorbut, par Embden. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1013.)

Sensibilité. — Du retard dans la transmission des impressions, par Goldscheider. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 803; 1er septembre.)

Séreuse. — Du mode d'action des remèdes spécifiques avec remarques sur la sécrétion et la résorption des épanchements liquides des séreuses, par O. Rosenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 838, 15 septembre.)

Septicémie. — Septicémie aiguë d'origine contagieuse, par Bloch. (*Revue gén. de clinique*, n° 39, p. 625.) — La septicémie spontanée des lapins, par Eberth et Mandry. (*Fortschritte der Medicin*, n° 14, p. 547.)

Serpent. — Étude sur les effets pathologiques de la morsure des serpents, par Karlinski. (*Fortschritte der Medicin*, n° 16, p. 617.)

Sommeil. — Pathologie et physiologie du sommeil, par Mauthner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 30 mai.) — Un cas de nona, par Hammerschlag. (*Wien. med. Presse*, n° 19, p. 750.) — Léthargie des nègres ou maladie du sommeil en Afrique, par Mackenzie. (*London clin. Soc.*, 14 novembre.)

Strabisme. — Parésie des droits externes, par Dayne. (*Trans. opht. Soc. unit. Kingdom*, X, p. 189.) — La mesure angulaire dans les déviations latentes et manifestes, par Berry. (*Ibid.*, p. 190.) — Pathogénie du strabisme concomitant, convergent et divergent, par Grut. (*Ibid.*, X, p. 1.) — Le strabisme hévropathique; pathogénie, par Valude. (*Arch. d'opht.*, n° 4.) De la cure du strabisme dans ses rapports avec l'acuité visuelle de l'œil dévié, par Vialet. (*Ibid.*)

Sueur. — Sur les relations qui unissent l'hyperhydrose unilatérale de la face avec les lésions du facial, par Windscheid. (*Münschner med. Woch.*, 16 décembre.) — Composition de la sueur chez le cheval, par Smith. (*Journ. of phys.*, XI, 6.)

Suppuration. — De la suppuration, par Roger. (*Rev. de chir.*. décembre.)

Surdi-mutité. — Historique de l'instruction orale des sourds-muets, par Foy, (*Dublin Jour. of med. sc.*, septembre.) — De la surdi-mutité; étiologie et prophylaxie, par A. Schwendt. (*Bâle.*)

Syphilis. — La syphilis au Japon, par Ashmead. (*N. York med. record.*, p. 216, août.) — Quelle conduite doit tenir le médecin consulté par une nourrice relativement à un nourrisson syphilitique, par Fournier. (*Bull. méd.*, 19 novembre.) — Syphilis par conception, par Hirigoyen. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 décembre.) — Sur l'augmentation de la syphilis héréditaire à l'Annunziata de Naples, en rapport avec les nouveaux règlements sanitaires, par Titomanlio. (*Riforma med.*, 3 décembre.) — Syphilis héréditaire, mort au onzième mois, gommes du crâne, des os longs, du foie, du testicule, de l'intestin, par Darier et Feulard. (*Ann. de dermat.*, II, 1.)

— Pathogénie et étiologie de la syphilis congénitale, par Cicero. (*Giorn. ital. mal. vener.* XXV, 4.) — De la syphilis en général, de la tertiaire en particulier, étudiée au point de vue bactériologique, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXV, 4.) — Un cas remarquable de syphilis héréditaire, par De Saint-Germain. (*Ann. de dermat.*, I, n° 11.) — Un cas de réinfection et un cas d'infection chez un sujet atteint de syphilis héréditaire, par Taylor. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Chancre mixte, par Du Castel. (*Union médicale*, 30 septembre.) — Chancre syphilitique. Valeur diagnostique de ses différents signes, par Du Castel. (*Tribune méd.*, 11 décembre.) — Chancre induré non suivi d'accidents secondaires, par Ehlers. (*Soc. de dermat.*, 11 décembre.) — Accidents infectieux terminés par la mort à la période secondaire de la syphilis, par Tissier. (*France méd.*, 7 novembre.) — De la syphilide pigmentaire, par Fournier. (*Revue gén. de clin.*, n° 43, p. 681.) — Ulcérations secondaires et tertiaires au cours de la syphilis, par Du Castel. (*Union médicale*, 9 octobre.) — Ulcérations tertiaires au cours de la syphilis, par Du Castel. (*Union méd.*, 18 oct.) — De la syphilis maligne, par Iven. (28 p., *Tubingue.*) — Abortion de la syphilis, par Dervillé. (*Journ. sc. méd. Lille*, 24 octobre.) — Chancre lingual, syphilis secondaire, par Crocq. (*Presse méd. belge*, n° 41.) — Chancre labial (morsure), par Blaschko. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 juillet.) — De la syphilis du système nerveux central, par Siemerling. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.) — Observations de syphilis nerveuse centrale, par R. De Luca. (*Sicilia medica*, n° 7, p. 479.) — Contribution à la connaissance de la syphilis du système nerveux central, par H. Oppenheim. (*Berlin.*) — Processus syphilitiques du cerveau, par Burkhardt. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 766.) — Diagnostic et pronostic de syphilis cérébrale, par Harmsen. (Broch. *Tubingue.*) — Un cas de paralysie de Brown-Séquard, suite de syphilis, par Wagner. (*Tubingue.*) — Sur la myélite syphilitique précoce, par Moinet. (*Thèse de Lyon.*) — Myélopathie syphylitique avec paralysie complète guerie par le traitement spécifique, par Mauriac. (*Soc. de dermat.*, 13 novembre.) — Syphilis, accidents cérébraux-spinaux de forme tabétique; traitement spécifique; guérison, par Dieulafoy et Fournier. (*Soc. de dermat.*, *Mercredi méd.*, 19 novembre.) — Sur un cas de syphilis médullaire précoce, par Gilbert. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 juillet.) — Pachyméningite hypertrophique fibreuse d'origine syphilitique, par De Grandmaison. (*Soc. anat.*, 27 juin.) — La syphilis du cœur au point de vue clinique, par A. Lacharjin. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 388.) — Papule syphilitique de la conjonctive, par Verrey. (*Rev. méd. Suisse romande*, X, p. 270.) — Deux cas de gommes symétriques ulcérées des paupières, par Salzmann. (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 juin.) — Des formes graves de la syphilis oculaire sénile; traitement, par Abadie. (*Union médicale*, 13 décembre.) — Pathogénie et diagnostic du chancre urétral, par Gebert. (*Int. Cent. f. Phys. d. harn.-sexualorgane*, II, p. 341.) — Sur l'épididymite syphilitique secondaire, par Cuilleret. (*Thèse de Lyon.*) — Hydarthrose syphilitique du genou, par Trinkler. (*Berl. klin. Woch.*, 30 juin.) — De la syphilis articulaire, par Pabst. (27 p., *Iéna.*) — Contribution clinique sur l'aristol dans les maladies vénériennes et syphilitiques, par V. Fisichella. (*Riforma med.*, 16 octobre.) — Traitement de la syphilis par les injections d'oxyde noir de mercure, par Hartmann. (*St-Peters. med. Woch.*, n° 3.) — Traitement de la syphilis, par Kaposi. (*Wien. med. Presse*, n° 23, p. 413.) — De la méthode de traitement la plus sûre de la syphilis constitutionnelle; du traitement chronique intermittent de Fournier, par Scarenzio. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXV, 4.) — Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre, par Tardos. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des affections

syphilitiques du système nerveux central, par H. Bauke. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Remarques sur le travail précédent, par L. Goldstein. (*Idem*, 10 novembre.) — Réponse de Bauke. (*Idem*, 24 novembre.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par Alfred Vogeler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 910, 13 octobre.) — Prophylaxie et traitement des affections vénériennes chez les prostituées, par Pœlchen et Seydel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 882, 22 septembre.)

T

Tabac. — Quelques cas d'atrophie du nerf optique chez des fumeurs, signes analogues à ceux de l'amblyopie tabagique, par Lawford. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom*, X, p. 166.)

Tænia. — Le tænia solium cause de dysménorrhée et de stérilité, par Palmai. (*Gyogyaszat*, n° 22.)

Teigne. — Un cas de favus, par Karewski. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 novembre.) — Favus, par Epstein. (*Münch. med. Woch.*, 2 décembre.) — Etude morphologique d'une forme d'achorion, l'achorion Arloinii, champignon du favus de la souris, par Busquet. (*Ann. de microg.*, octobre.) — Pelade et lésions oculaires, par Louis Frœlich. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 745, décembre.) — Traitement de la teigne tondante par la chrysarobine, procédé d'Unna, par Marianelli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXV, 4.)

Tendon. — De la rupture sous-cutanée du tendon du long extenseur du pouce, par H. Lindner. (*Münch. med. Woch.*, 4 novembre.) — Ténotomie à ciel ouvert et ténotomie sous-cutanée, par Sabatier. (*Lyon méd.*, 28 décembre.)

Testicule. — Recherches sur les injections de suc testiculaire, par Aievoli et Rossi. (*Progresso med.*, 1er août.) — Nouvelles remarques sur le liquide testiculaire, par Brown-Séquard. (*Soc. de biol.*, 20 décembre.) — Sur l'histologie normale et pathologique du testicule, par N. Alexeienko. (*St. Pétersbourg.*) — Névralgie testiculaire rebelle à la castration guérie par l'électrisation et un appareil compresseur du cordon, par Th. Benda. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 866, 22 septembre.) — Sur la tuberculose du testicule et de l'épididyme, étude expérimentale, par E. Aievoli. (*Il Morgagni*, novembre.) — Le traitement chirurgical des affections malignes du scrotum, par Butlin. (*St. Barth. hosp. Rep.*, XXV, p. 193.) — Lipome des bourses, par Walther. (*Soc. anat.*, 10 octobre.) — Myome strié du testicule contenant du glycogène, par J. Arnold. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII, 1.)

Tétanos. — Sur la présence constante du bacille de Nicolaier dans la poussière des habitations, par Turina. (*Giorn. soc. ital. d'igiene*, n° 6.) — Sur le bacille du tétanos, par Tizzoni et Cattani. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVIII, 1 et 2.) — Sur la contagion et l'origine microbienne du tétanos, par Reynier. (*Bullet. soc. de chir.*, XVI, p. 465.) — Transmission du tétanos, par Tachard. (*Ibid.*, XVI, p. 476.) — Sur la dissémination dans l'organisme du poison du tétanos, par A. Bruschettini. (*Riforma med.*, 1er octobre.) — Sur le poison tétanique, par Vaillard et Vincent. (*Soc. de*

biol., 15 novembre.) — Sur la résistance du virus tétanique à la putréfaction, par G. Bombicci. (*Riforma med.*, 3 octobre.) — Etiologie et prophylaxie du tétanos, par Sormani. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 880, 22 septembre.) — Etiologie du tétanos traumatique, par Renvers. (*Ibid.*, 13 octobre.) — Tétanos mortel sans cause infectieuse, par O. Buss. (*Ibid.*, p. 952, 13 octobre.) — De la désinfection des milieux infectés par le virus tétanique, par L. Bombicci. (*Riforma med.*, 11 octobre.) — Du tétanos traumatique, par Rieder. (*St. Peterb. med. Woch.*, 1er novembre.) — Tétanos consécutif à la circoncision, guérison, par Wermel. (*Wratch*, 13 septembre.) — Tétanos céphalique, suite de plaie pénétrante de l'orbite, guérison, par Rockliffe. (*Trans. opht. soc. unit. Kingdom.*, X, p. 46.) — Du tétanos hydrophobique, par Klemm. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIX, p. 168.) — Du tétanos en chirurgie d'armée, par Nimier. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Plaie par arme à feu de la main, tétanos, mort, par Fontaine. (*Arch. méd. belges*, p. 241.) — Tétanos guéri par le sublimé, par Baculo. (*Gaz. d'Ospit.*, n° 29.) — Tétanos traité par l'ésérine, guérison, par Lee. (*New Orleans med. journ.*, octobre.)

Thérapeutique. — Lexique thérapeutique, par Anton Bum. (*Vienne.*) — La médication contre-fluxionnaire, par Peter. (*Semaine méd.*, 3 décembre.) — La révulsion, par Péter. (*Union méd.*, 20 novembre.) — Nouveau système de dosage dans l'emploi cataphorétique des médicaments, par Peterson. (*N. York med. journ.*, 15 novembre.) — Remarques statistiques sur le traitement hygiénique et diététique, par Oldendorff. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 888.) — Les enzymes en thérapeutique, par M. Nencki et H. Sahli. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er décembre.) — Des voyages sur mer pour raisons de santé, par Valentiner. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 mars au 23 juin.) — De la soustraction du calorique à l'aide de boissons abondantes et de lavements d'eau froide, par Arnaldo Cantani. (*Ibid.*, 4 août.) — Des antithermiques analgésiques, par Bernheim. (*Bull. méd.*, 21 décembre.) — Des emménagogues, par Raciborski. (*Med. Age*, n° 6.) — L'ozone, ses effets thérapeutiques, par Labbé. (*Rev. int. d'électroth.*, 1er décembre.) — Principes thérapeutiques qui régissent le choix des médicaments cardiaques, par S. Solis-Cohen. (*N. York med. journ.*, 29 novembre.) — Belladone, Jusquiame, Duboisia, médicaments cardiaques et artériels, par Ch. Liégeois. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 22.) — Sur le pouvoir diurétique de la digitaline cristallisée et le traitement des cardiopathies à la période d'hyposystolie, par Huchard. (*Soc. de thér.*, 9 juillet.) — De la caféine à hautes doses, par Petersen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 977, 20 octobre.) — De l'action thérapeutique de la diurétine (théobrominum natrio-salicylicum), par F. Geisler. (*Wratch*, 46, 47.) — Emploi thérapeutique de la diurétine, par Hoffmann. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVIII, 1 et 2.) — Sur l'administration des antipyrétiques à doses fractionnées dans le typhus abdominal et la tuberculose pulmonaire, par Aug. Favrat. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 511.) — La cédrarine comme stomachique, par Robert. (*Berlin klin. Woch.*, 20 octobre.) — De la verbena officinalis comme fébrifuge, par Ricci. (*Sperimentale*, novembre.) — Teinture de narégamia (nouvel expectorant), par Spitzer. (*Centralbl. f. Therapie*, p. 129.) — Sur le mécanisme de l'action de la citysine nitrique, étude de thérapeutique expérimentale, par R. Brugia. (*Riforma med.*, 2.) — De la cocaïne, ses dangers au point de vue physiologique, toxicologique et thérapeutique, par Mannheim. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — De la prétendue impuissance thérapeutique de l'iodure de sodium, par Gingeot. (*Revue gén. de clinique*, n° 32, p. 505.) — Bromuration et antisepsie intestinale, par Féré. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, III, 6.) — Note sur l'administration du fer, par J. Anide. (*N. York med. record.*, p. 402,

11 octobre.) — Action du calomel, par Pal. (*Centralbl. f. Therapie*, p. 647.) — Effets diurétiques du calomel dans l'hydropisie rénale, par Wilhelm Fleiner. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Les chloral-antypirines, par G. Sée et Soutakis. (*La Méd. moderne*, 18 décembre.) — Effets physiologiques et thérapeutiques de la chloralamide, par Bosc. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — De l'ural et de sa valeur thérapeutique dans les affections mentales, par Tambroni et Stefani. (*Psichiatria*, VIII, 1 et 2.) — Somnal, nouvel hypnotique, par Thompson. (*N. York med. Journ.*, 29 novembre.) — Etude clinique et thérapeutique de l'huile de Chaulmoogra et de l'acide gynocardique, leur emploi dans le traitement de la lèpre, par Roux. (*Thèse de Paris*, 12 décembre.) — Les nouveaux antiseptiques, l'iodol, par Egasse. (*Bull. de thér.*, 30 novembre.) — Des applications du lysol, par Fr. Cramer et P. Wehmer. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 décembre.) — De l'aristol, par Pollak. (*Therap. Monats.*, décembre.) — Sur le mode d'emploi de la lanoline, par Paschkis. (*Centralbl. f. Therapie.*, p. 577.)

Thorax. — Sur un manque de développement de quelques côtes et muscles comme cause d'une anomalie de structure du thorax (fissure thoracique latérale), par Pulawski. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 3.) — Sarcome thoracique, par Storp. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre.) — Enorme sarcome du thorax, par Schwartz. (*Revue gén. de clinique*, n° 46, p. 737.)

Thrombose. — Sur la technique servant à démontrer les thromboses vasculaires pendant la vie au moyen de la coloration, par Filehne. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXI, 3.)

Thymus. — Thymus et tumeurs malignes primitives du médiastin antérieur, par Letulle. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.)

Thyroïde. — Recherches sur le corps thyroïde, par Biondi. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 782, 25 août.) — Contribution à l'histologie de l'hypophyse et aux relations que présente cet organe avec le corps thyroïde, par Pisenti et Viola. (*Centralbl. f. med. Wiss*, p. 450 et 481.) — Sur les effets consécutifs à la thyroïdectomie chez le chien, par Tizzoni et Centanni. (*Arch. per le sc. med.*, XIV, 3.) — La température des chiens après l'extirpation de la glande thyroïde, par B. Ughetti. (*Riforma med.*, 4 octobre.) — Les effets des injections intra-veineuses du suc thyroïdien chez les chiens ayant subi l'ablation du corps thyroïde, par Gallerani et Lussana. (*Rev. sper. di freniat.*, XVI, 4.) — Le goitre en Suède (34 ablations totales du corps thyroïde sans cachexie consécutive), par Rossander. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 782, 25 août.) — Sur l'étiologie du goitre endémique, par A. Lustig et A. Carle. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juillet.) — Goitre aigu dans la période puerpérale, par Ellis. (*Brit. med. j.*, 22 novembre.) — Ablation partielle d'un goitre chez un homme de 20 ans, par A. Koehler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 825, 8 septembre.) — Thyroïdectomie partielle, par Poncet. (*Lyon méd.*, 21 décembre.) — Goitre inopérable traité avec succès par le malade lui-même, par C. Kaufmann. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Etiologie, pronostic et traitement du goitre exophtalmique, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 20 novembre.) — De la maladie de Basedow, par Kast et Wilbrand. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 octobre.) — Goitre exophtalmique compliqué de délire de persécution chez une pluripare (sans détails), par Forel. (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, p. 430, 1er juillet.) — Du goitre exophtalmique, par Blocq. (*Gaz. hebd. de méd.*, 20 décembre.) — Les nouveaux travaux sur la maladie de Basedow, par Selligmueller. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, p. 478.) — Des psychoses dans la maladie de Basedow, par Schenk. (*Tubingue.*) —

Astasie-abasie dans le goitre exophtalmique, par EULENBERG. (*Neurol. Cent.*, 1er décembre.) — Maladie de Basedow améliorée par la thyroïdectomie, par KUMMEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, p. 438.)

Torticolis. — Torticolis congénital, par FUMAGALLI, (*Arch. di ortop.*, VII, n° 1.) — Des ténotomies sous-cutanées et à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique, par DESSIRIER. (*Thèse de Lyon.*)

Trachée. — Trachéotomie pour croup, méthode opératoire, par GHILLINI. (*Riforma med.*, 15 décembre.) — Du chloroforme dans la trachéotomie, par GEFFRIER. (*Rev. de chir.*, décembre.) — De l'auto-inoculation consécutive à la trachéotomie, par DELTHIL. (*Journ. de méd. Paris*, 7 decembre.) — Traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée consécutifs à la trachéotomie, remarques sur le tubage, par PITTS et BROOK. (*London med. Soc.*, 1er décembre.) — Un cas de cancer primitif de la trachée, par PICK. (*Soc. méd. All. Prague*, 5 décembre.) — Sarcome primitif des ganglions du médiastin avec pénétration dans la trachée, par HAMMER. (*Prager med. Woch.*, n° 7.)

Transfusion. — La transfusion saline avec action antipyrétique, par KIRSTEIN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVIII, 3 et 4.) — Transfusion avec des mélanges de sang défibriné et de solution de chlorure de sodium, par J. MARSHALL. (*Zeits. für phys. Chemie*, XV, p. 62.) — La transfusion du sang comme procédé général d'immunité vaccinale, par RONDEAU. (*Soc. de biol.*, 6 décembre.)

Tremblement. — Du tremblement juvénile héréditaire, par NAGY. (*Neurol. Cent.*, 15 septembre.)

Trépanation. — La trépanation en chirurgie de guerre, par RANDONE. (*Giorn. med. del esercit.*, n° 10, p. 1265.) — Sur un procédé nouveau de trépanation par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique, par TOISON. (*Journ. sc. méd. Lille*, 7 novembre.) — De la trépanation ostéoplastique du crâne, par ANDELBERG. (*Wiener klin. Woch.*, n° 42.) — De la résection temporaire et partielle de la voûte du crâne, par JUSTO. (*Anales univ. de Buenos-Ayres*, V.) — Trépanation du crâne pour ostéite suite de coup de feu, par MOTY, rapport de CHAUVEL. (*Bullet. soc. de Chir.*, XVI, p. 429.) — Trépanation du crâne, otite moyenne, méningite tuberculeuse, par FOREST. (*Philad. acad. of surg.*, 4 décembre.) — Trépanation du crâne pour épilepsie traumatique, par PEDRAZZI. (*Gaz. d'ospit.*, n° 39.)

Tuberculose. — L'histoire du bacille tuberculeux, par RIBBERT. (*Therap. Monats*, décembre.) — Bacille tuberculeux, par GIBBER et SHURLEY. (*Boston med. journ.*, 20 novembre.) — Valeur clinique du bacille tuberculeux, par STONE. (*Boston med. journ.*, 27 novembre.) — Recherches des bacilles tuberculeux dans les crachats, par CZAPLEWSKI. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 22.) — De l'examen bactériologique des crachats des tuberculeux, par WEBER. (*Rev. gén. de clin.*, n° 53, p. 841.) — Méthode de coloration du bacille tuberculeux dans le lait, par ALESSI. (*Bull. Accad. med. Roma*, XVI, 6 et 7.) — Action des cultures stériles de bacille tuberculeux, par MAFFUCCI. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 15 décembre.) — La nature du lupus, ses rapports avec la tuberculose, par HUTCHINSON. (*Brit. med. j.*, 31 janvier.) — Communication sur la tuberculose (porcs), par DELACROIX. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, p. 205, novembre.) — L'imitation de la tuberculose animale dans les formes végétales, par BRUSH. (*N. York med. journ.*, 20 décembre.) — Etiologie de la tuberculose, par CSOKOR. (*Soc. des méd. de Vienne*, 27 juin.) — La tuberculose par inhalation du virus, par VOLLAND. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 3, 15 novembre.) — Expé-

riences sur la transmission héréditaire de la tuberculose, par GAERTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 25 août.) — Importance de la tare héréditaire dans le développement de la tuberculose, par MICHAELIS, SPENGLER, EBSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 930, 6 octobre.) — De la transmissibilité de la tuberculose par la vaccination, par WICKEL. (*Th. de Griefswald.*) — Quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de la tuberculose, par MEYER. (*Thèse de Lyon.*) — Rapports entre la diathèse arthritique et la tuberculose pulmonaire, par ALFRED SOKOLOWSKI. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte,* 15 novembre.) — Scrofule et tuberculose, par SUCHARD. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 669, novembre.) — La mortalité berlinoise par tuberculose pulmonaire dans la dernière période décennale, par GEORGE MEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 646, 14 juillet.) — De l'état actuel de la question de la tuberculose, par CORNET. (*Münch. med. Woch.*, 2 septembre.) — Le poumon des phtisiques est-il plus volumineux que celui des sujets sains? par NORDHORST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 952.) — Sur l'influence du milieu climatérique, régional et social sur le développement et l'évolution de la tuberculose pulmonaire considérée surtout dans les zones torrides, par WEBER. (*Münch. med. Woch.*, 7 octobre.) — De la fièvre initiale des tuberculeux et de son traitement, par GRASSET. (*Montpellier méd.*, 16 décembre.) — Tuberculose cutanée, par DEBOVE. (*Gaz. des hôp.*, 9 décembre.) — Obs. de tuberculose cutanée, études histologiques, par BOWEN. (*Journ. of cut. dis.*, décembre.) — Les lésions gastro-intestinales dans la tuberculose pulmonaire, par M. ROUSSEFF. (*Dublin journ. of med. sc.*, août.) — Du diagnostic des cavernes pulmonaires, par RUMPF. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 novembre.) — Etude anatomo-pathologique du cœur dans la phtisie chronique, par PALHIER. (*Thèse de Paris,* 27 novembre.) — Tuberculose ganglionnaire et lymphadénome, par DUPLAY. (*Rev. gén. de clin.*, n° 49, p. 777.) — Notes sur la tuberculose chirurgicale, par CECCHERELLI. (*Progresso med.*, 10 novembre.) — Etat actuel du traitement de la tuberculose des os et des jointures, par FEDOR KRAUSE. (*Berlin. klin. Woch.*, 14, 21 juillet et 18 août.) (Revue générale des divers traitements avec 12 observations d'arthrites tuberculeuses durcis traités par les injections d'iodoforme.) — Leçons sur la tuberculose des os et des articulations, par CHEYNE. (*Brit. med. journ.*, 29 novembre.) — Les tuberculoses locales et leur traitement, par LE DENTU. (*Gaz. méd. Paris*, 20 décembre.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par WAETZOLD. (*Therap. Monats.*, décembre.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par MEISSEN. (*Deut. med. Zeit.*, n° 86.) — Idem, par VOLLAND. (*Aerztl. Praktiker.*, n° 20.) — Curabilité de la phtisie pulmonaire, par EDWARD KRULL. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — La guérison de la tuberculose, par REMBOLD et BURKART. (*Med. Corresp. Würtemb. Aerztl.*, n° 32.) — Les établissements de cure pour phtisiques, par M. DYRENFURTH. (*Berlin.*) — Du traitement de la phtisie pulmonaire surtout dans les hôpitaux pour phtisiques, par HERMANN WEBER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 737, 11 août.) — Le sanatorium de Görbersdorf, par POUZET. (*Progrès médical*, 1er novembre.) — De la transfusion du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose, par BERTIN et PICQ. (*Soc. de biol.*, 20 décembre.) — Expér. sur la vaccination antituberculeuse, par HÉRICOURT et RICHET. (*Soc. de biol.*, 15 novembre.) — De l'immunité contre la tuberculose par les transfusions du sang de chien tuberculisé, par les mêmes. (*Ibid.*) — Sur la vaccination antituberculeuse, par DOR et COURMONT. (*Lyon méd.*, 21 decembre.) — Traitement de la tuberculose par le lait surchauffé, par SHOENGUT. (*Centralbl. f. Therapie,* p. 521.) — Thérapeutique de la tuberculose par la créosote, par BISCHOFF. (*Thèse d'Erlangen.*) — La créosote et le gaiacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, résultats obtenus à l'aide des injections sous-cutanées de

gaiacol, par DIAMANTBERGER. (*Gaz. des hôp.*, 20 novembre.) — Nouveau traitement local de la tuberculose pulmonaire, insufflations de phosphate de calcium et de benzoate de soude, par LŒBINGER. (*N. York med. journ.*, 20 décembre.) — Traitement des cavernes tuberculeuses à parois rigides, par C. SPENGLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 951, 13 octobre.) — Emploi des antiseptiques dans la tuberculose, par PETERSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 977, 20 octobre.) — Traitement chirurgical et climatique de la phtisie pulmonaire et de quelques-unes de ses complications, par CARL SPENGLER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Mesures d'hygiène à prendre dans les habitations contre la propagation de la tuberculose, par AUG. OLLIVIER. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 221, septembre.) — Sur l'action thérapeutique du séjour à la mer dans les tuberculoses, par VAN MERRIS. (*Revue d'hyg.*, XII, 970, octobre.)

Tumeur. — De la signification morphologique des tumeurs, par KNAAK. (*Int. klin. Rundschau*, 9 novembre.)

Typhoïde (Fièvre). — Le bacille typhique, par GASSER. (*Arch. de méd. exp.*, III, 1.) — Sur la culture du bacille typhique sur milieux nutritifs colorés, par NŒGGERATH. Réponse, par GASSER. (*Ibid.*) — De la variabilité et des variétés du bacille typhique, par BABES. (*Zeit. f. Hyg.*, IX, 2.) — Sur les difficultés du diagnostic du bacille de la fièvre typhoïde en rapport avec les exigences de l'hygiène, par FRATINI. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, n° 6, p. 336.) Le bacillus coli cause de fièvre typhoïde, par CHALMERS. (*Lancet*, 20 décembre.) — Présence du bacille typhique dans l'eau de Seine pendant le mois de juillet 1890, par VINCENT. (*Ann. Inst. Pasteur*, IV, 12.) — Les eaux de la Divette et la fièvre typhoïde à Cherbourg, par COLLIGNON. (*Mém. Soc. des sc. de Cherbourg*, XXVI, p. 98.) — Epidémie de fièvre typhoïde propagée par le lait, par A. VINCENT. (*Société d'hygiène de Genève* et *Revue médic. Suisse romande*, X, 665.) — La fièvre typhoïde en France, par P. BROUARDEL. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, décembre.) — La fièvre typhoïde à l'hôpital de la Croix-Rousse, semestre d'été 1890, 53 cas, 49 traités par la méthode de Brand, 1 décès, par LYONNET et CHATIN. (*Lyon méd.*, 7 décembre.) — Mortalité par fièvre typhoïde en Suisse de 1876 à 1887. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Le typhus en Galicie, par OBTULOWICZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 879, 22 septembre.) — Des variations dans la mortalité de la fièvre typhoïde, par MERKLEN. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 octobre.) — Mortalité et durée de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux parisiens, par JUHEL RÉNOY. (*Ibid.*, 31 octobre.) — Etude de la fièvre typhoïde, par DAUVERGNE. (*Thèse de Paris*, 6 décembre.) — Etude sur la fièvre typhoïde, par GEISSLER. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 11.) — Les variétés cliniques de la fièvre typhoïde, par STEEL. (*Practitioner*, décembre.) — Infection typhoïdique intra-utérine d'un fœtus viable, par ERNST. (*Beitraege zur pathol. Anat. von Ziegler*, VIII.) — Comment reconnaître la nature des troubles gastriques de la convalescence de la fièvre typhoïde et comment les traiter? par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, n° 50, p. 796.) — Suites de la fièvre typhoïde, par CROSSLAND. (*N. York med. journ.*, 15 novembre.) — Note sur les hématuries d'origine extra-rénale dans la fièvre typhoïde, par O. LÉTIENNE. (*La Méd. moderne*, 18 décembre.) — Dégénérescence graisseuse du foie dans la fièvre typhoïde, par HANOT et LEGRY. (*Soc. anat.*, 27 juin.) — Gangrène après la fièvre typhoïde, par GOSSE. (*Lancet*, 13 décembre.) — De l'inflammation des côtes dans la fièvre typhoïde, par HELFERICH et VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — Des nouveaux traitements de la fièvre typhoïde, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. Thérap.*, 30 décembre.) — Contribution à la thérapeutique du typhus abdominal, par F. GUASTELLA. (*Il Mor-*

gagni, novembre.) — Traitement antiseptique de la fièvre typhoïde par le naphtol β, par Pétresco. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 809, 1er septembre.) — De l'action du naphtol sur la toxicité des urines dans la dothiénentérie, par Marotte. (*Lyon méd.*, 30 novembre.) — Sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'antisepsie intestinale et en particulier de l'emploi du naphtol, A. par Marotte. (*Thèse de Lyon.*)

U

Ulcère. — Traitement des ulcères de jambes par les greffes, par Schneider. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 881, 22 septembre.)

Urètre. — Phénomènes réflexes urétraux, par Fort. (*Bull. de thér.*, 30 novembre.) — Néphrite aiguë du rein droit et prostatite aiguë suppurée, provoquées par des séances de cathétérisme métallique non aseptique, par Dubuc. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — Urétrite purulente chez un vieillard qui se cathétérisait; arthrite double, rhumatisme des poignets, abcès du coude, sopor et coma, par Dentan. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 772, décembre.) — Du traitement antiseptique de l'urétrite récente antérieure, par W. White. (*Med. News*, 14 juin, p. 637.) — Étude sur les calculs préputiaux, par Zeller. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 1.) — Sur une variété peu connue du rétrécissement pénien, par Nicolas. (*Thèse de Lyon.*) — Indications et résultats comparés de 4 méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre, par Azema. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Electrolyse et rétrécissements de l'urètre, par Delagénière. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, novembre.) — Traitement chirurgical des rétrécissements de l'urètre, par Deaver. (*Philad. acad. of surg.*, 4 décembre.) — Rupture ancienne de l'urètre. Fistules urinaires. Cathétérisme rétrograde avec urétrotomie externe. Guérison, par Boursier. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 796.) — Rupture interstitielle de l'urètre. Fistule pénienne. Urétroplastie par évidement en 8 de chiffre d'un lambeau préputial, par Leprévost. (*Ibid.*, XVI, p. 648.) — Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urètre. Procédé de restauration autoplastique, par Delarue. (*Ibid.*, XVI, p. 604.) — Fistule urétro-pénienne due à une section incomplète de la verge par une ficelle. Paraphimosis concomitant, par Piedpremier. (*Ibid.*, XVI, p. 587.) — Canule à double courant pour lavages urétraux, par Henry. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 653.)

Urine. — Guide pour l'analyse des urines, de C. Neubauer et Jul. Vogel, 9e édition, refondue, par H. Huppert et L. Thomas. (*Wiesbaden.*) — Note sur le dosage de l'urée dans les urines, sables calculés, par Parrault. (*Arch. de méd. nav.*, novembre.) — Methode de détermination de l'urée, par Mörner et S. Joqvist. (*Skand. Archiv für Phys.*, II, p. 438.) — L'analyse de l'urine, par A. Jolles. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 825.) — Effets de l'acide osmique sur les éléments organisés des sédiments urinaires, par Robert Kutner. (*Berlin klin. Woch.*, 28 juillet.) — Sur l'apparition d'une espèce de sucre lévogyre dans l'urine, par E. Külz. (*Zeits. f. Biologie*, XXVII, p. 229.) — Histoire de l'acide urique dans l'urine, de la formation des dépôts et calculs d'acide urique, par Roberts. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII; p. 245.) — De la richesse de l'urine humaine en acide lactique, par Moscatelli. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVII,

1 et 2.) — Du traitement de la diathèse urique (eaux alcalines), par C. Posner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 611, 7 juillet.) — Recherche de l'acide urochloralique dans une petite quantité d'urine, par Wagner. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — De l'élimination des phénols par l'urine, par Mazzenga. (*Progresso med.*, 20 juillet.) — De l'élimination des éléments pathologiques du sang par l'urine, par Orth. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 965.) — Nouvelle contribution à la connaissance de la cystinurie, par Udransky et E. Baumann. (*Zeitsc. für phys. Chemie*, XV, p. 77.) — Indicanurie consécutive à l'ingestion de fortes doses de thymol, par Bohland. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 1040.) — Toxicité de l'urine normale; degré et caractères, par Mairet et Bosc. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.) — Traitement de l'incontinence nocturne d'urine des enfants par élévation du bassin, par Van Tienhoven. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 738, 11 août.)

Urticaire. — Urticaire produite par le sulfate de quinine, par V. Gampietro. (*Rivista clinica e terap.*, n° 9, p. 454.) — Symptômes et traitement de l'urticaire, par Brocq. (*Revue gén. de clinique*, n° 35.) — Iodure de potassium dans le traitement de l'urticaire, par E. Stern. (*Münch. med. Woch.*, 7 octobre.)

Utérus. — De la régénération de l'épithélium des cornes utérines après la parturition, par Duval. (*Soc. de biol.*, 13 décembre.) — De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus principalement au point de vue clinique, par Rossignol. (*Thèse de Paris*, 24 décembre.) — Examen des théories de la pathogénie utérine, par Segay. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 novembre.) — Sur le cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus, par Trachet. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Traitement des suppurations périutérines, par Heitzmann. (*Centralblatt f. Therapie*, p. 322.) — Traitement médical de l'endo-cervicite catarrhale, scarifications et topiques, par Chéron. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, décembre.) — Traitement de l'endométrite chronique par l'application intra-utérine d'acide borique, par Duke. (*Brit. med. j.*, 20 décembre.) — Du traitement de l'endométrite du corps par le crayon de chlorure de zinc, par Gofestre. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Tamponnement intra-utérin, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Du curetage de l'utérus, par Queirel. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Du traitement intra-uterin médicamenteux, par Edmond Falk. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Quelques faits d'atrésie utérine consécutive à la cautérisation par le crayon de chlorure de zinc, par Boursier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 novembre.) — Phlegmon du ligament large, par Delbet. (*Soc. anat.*, 18 juillet.) — Salpingite tuberculeuse avec calcification, par Delagenière. (*Soc. anat.*, 18 juillet.) — Du diagnostic différentiel des inflammations pelviennes chez la femme, par Cullingworth. (*Brit. med. j.*, 27 décembre.) — L'anatomie pathologique de la trompe, par Landau et Rheinstein. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXIX, 2.) — Contributions au traitement du pyo-salpinx, par Engstrom. (*Finska läkar. handlingar.*, XXXII, 12.) — De l'évolution clinique des salpingo-ovarites, par Mordret. (*Gaz. des hôp.*, 22 novembre.) — Sur la salpingite et quelques-uns de ses effets, par Bland Sutton. (*Lancet*, 29 novembre.) — Importance du diagnostic précoce de la salpingite suppurée comme cause de la pelvipéritonite purulente, par Clarke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 820, 8 septembre.) — Hématome tubaire consécutif à un massage d'un kyste ovarique, par Duhrssen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 779, 25 août.) — Opération de la salpingite suppurée, par Zweifel. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 novembre.) — Remarques sur la laparotomie pour le pyo-salpinx et les abcès pelviens, par Pozzi. (*Ibid.*, XVI, p. 786.) — Salpingite purulente, par Reynier. (*Ibid.*, XVI, p. 650.) —

De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes, par Bouilly. (*Ibid.*, XVI, p. 500 et suiv.) — De la voie sacro-coccygienne, technique, opératoire, son utilisation dans le traitement des salpingites, par Delbet. (*Ann. de gyn.*, novembre.) — Du traitement intra-utérin et vaginal des salpingites, par Cornet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement de l'inflammation chronique des ligaments larges par l'électricité et le massage, par Salvat. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 857, 15 septembre.) — Le prolapsus artificiel de l'utérus, ses dangers, par Coe. (*N. York med. record.*, p. 141, août.) — Adhérence postpuerpérale de l'utérus au promontoire ayant subi la transformation osseuse, par Neugebauer jeune. (*Berlin klin. Woch.*, p. 829, 8 septembre.) — Du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins, nouveaux procédés opératoires pour la cure de rétrodéviations graves de l'utérus, par Baudouin. (*Gaz. des hôp.*, 13 décembre.) — Traitement mécanique de la dysménorrée suite d'antéflexion utérine par la méthode de Thure Brandt, par Vierow. (*Cent. f. Gynæk.*, 27 décembre.) — Discussion du Congrès international de Berlin sur le traitement gynécologique de Thure Brandt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 828, 8 septembre.) — Simplification de la méthode de Thure Brandt pour le traitement des rétroflexions, par Dœderlein. (*Ibid.*) — Nouvelle méthode de traitement chirurgical pour certaines formes de déplacement en arrière de l'utérus avec adhérences, par Dudley. (*Americ. journ. of obst.*, décembre.) — Remarques sur la méthode de Schuking de fixation vaginale de l'utérus dans la rétroflexion et le prolapsus, par Ruhl. (*Cent. f. Gynæk.*, 20 décembre.) — Hystéropexie pour rétroversion avec adhérences, par Roncaglia. (*Ann. di Ostet.*, novembre.) — Discussion de la Société de gynécologie de Berlin sur les indications de la ventro-fixation. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 805, 1er septembre.) — Sur l'opération d'Alexander modifiée et sur la laparo-hystéropexie, par R. Bastianelli. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma,* mai.) — Laparo-hystéropexie, par Gross. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 21, p. 641.) — Hystéropexie ou suspension de l'utérus à la paroi abdominale, par Delagenière. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Coupes faites sur le cadavre d'une parturiente morte de rupture utérine, par Anton Mars. (*Cracovie.*) — Fibromyome en régression nécrobiotique, par Dixon Jones. (*N. York med. record.*, p. 262, septembre.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, par Malherbe. (*Soc. anat.*, 24 octobre.) — Fibrome kystique de l'utérus, par Schede. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 508.) — Sur la question des modifications des trompes de Fallope dans les fibromyomes de l'utérus, par D. Popoff. (*Wratch.*, 49.) — Des corps fibreux de l'utérus avec inversion, par Delteil. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Myome kystique de l'utérus, par Laroyenne. (*Lyon méd.*, 21 décembre.) — Etiologie des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Engström. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 857, 15 septembre.) — Note sur les fibro-myomes utérins, par San Juan. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes,* décembre.) — Fibrome utérin avec hydronéphrose, par Ribaux. (*Revue médic. Suisse romande*, X, 657.) — Traitement des fibromes utérins par l'électrolyse, par Ephraïm Cutter. (Sur 50 cas, 25 guérisons dont 11 disparitions de tumeurs, 7 insuccès, 4 morts) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 857, 15 septembre.) — Emploi des courants électriques contre les fibromes utérins, par Zweifel. (*Ibid.*, 15 septem.) — Même sujet, par La Torre (une laparotomie ultérieure a fait constater la disparition des glandes de la muqueuse et le ramollissement de la tumeur). Idem, par Massin et par Brœn. (*Idem.*) — Traitement électrique des fibromes utérins, par Miette. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — Sur la méthode d'Apostoli pour les fibromes utérins, par Hayes. (*Tri-state med. Assoc.*, 15 octobre.) — Electrothérapie pour les fibromes utérins compliqués de

maladies du cœur, par KLEINWAECHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 2.) — Du traitement électrique des fibromes utérins, par BÉJOU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etude sur la valeur de l'électricité dans le traitement des fibromes utérins, par LABADIE-LAGRAVE et L. REGNIER. (*Méd. moderne,* 9 et 16 octobre.) — Tumeurs fibreuses de l'utérus traitées par l'électrolyse, par POTTER. (*Westminster hosp. Rep.*, VI.) — Le traitement d'Apostoli, par HAZSLINSKY. (*Gyogyaszat*, n° 15.) — Traitement des maladies pelviennes par l'électricité, par MURRAY. (*Edinb. med. journ.*, décembre.) — Obs. gynécologiques traités par l'électricité, par WRIGHT. (*Ibid.*) — Des opérations de myomes, par ARCHER. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 2) — De la ligature des artères afférentes de l'utérus contre les myomes, par RYDYGIER. (*Cent. f. Chir.*, 27 décembre.) — Traitement mécanique des tumeurs utérines, par FREUDNBERG. (*Berlin.*) — Du traitement diététique des fibromes utérins, par CUTTER (exclusion des hydrocarbonés.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 858, 15 septembre.) — Traitement chirurgical des myomes utérins, par FRITSCH. (Hystérectomie totale avec traitement extra-péritonéal de pédicule) (*Ibid.*, septembre.) — Laparomyomotomie avec excision d'un fragment considérable de l'utérus ; conception et accouchement ultérieur normal, par KRŒNLEIN. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 13, p. 429, 1er juillet.) — Hystérectomie vaginale pour corps fibreux, par MARTEL. (*Gaz. méd. Paris*, 13 septembre.) — Hystérectomie vaginale totale pour adénome kystique du corps utérin. Guérison, par LOEHLEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 779, 25 août.) — Le pronostic des hystérectomies à la Société de chirurgie, par CHÉRON. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, décembre.) — Ventrofixation extra-péritonéale de l'utérus, par ASSAKY. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 829, 8 septembre.) — Nouveau procédé de suture pour les amputations du col utérin, par DUEHRSSEN. (*Ibid.*, 8 septembre.) — Du traitement intra-péritonéal du pédicule avec abandon des pinces, par KOCKS et ZWEIFEL. (*Ibid.*, 10 novembre.) — Hystéro-ovariotomie pendant l'accouchement pour dystocie par myomes utérins; guérison, par L. LANDAU. (*Ibid.* 15 décembre.) — Traitement des pédicules de l'hystérectomie, par RUD. DICK. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er novembre.) — Des sarcomes de l'utérus, par TERRILLON. (*Bull. méd.*. 1er décembre et *Bull. soc. chir.*, XVI, p. 746.) — Sur l'article de Hofmeier. Étude clinique et diagnostic microscopique, par LANDAU. — Sarcome de l'utérus et diagnostic, par ABEL et LANDAU. — Note de WALDEYER. — Note de HOFMEIER. (*Cent. f. Gynaek.*, 22 novembre.) — Sur un signe précoce du cancer de l'utérus, possibilité d'enfoncer l'ongle dans le sinus et de ramener des débris, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 23 novembre. — Epithélioma du col de l'utérus, double salpingite suppurée, par CAZENAVE. (*Soc. anat.*, 13 juin.) — Epithélioma du corps de l'utérus, par CHARRIER. (*Soc. anat.*, 10 octobre.) — Sur le carcinome de l'utérus gravide et son traitement chirurgical, par R. VITANZA. (*Riforma med.*, 4 novembre.) — Du traitement de la curabilité du cancer utérin, par HOFMEIER. (*Sitz. phys. med. Würzburg*, n° 8 et *Münch. med. Woch.*, 28 octobre et 9 décembre.) — Résultats de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux, par LEOPOLD et MUENCHMEYER. (*Münch. med. Woch.*, 18 novembre et 9 décembre.) — Traitement palliatif des cancers inopérables de l'utérus par les cautérisations au chlorure de zinc, par H. HÆBERLIN. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 octobre.) — Un cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, par PICCININI. (*Bullet. Soc. Lancisiana Roma*, janvier.) — Cancroïde de la portion vaginale ; amputation du col, retrécissement consécutif de l'orifice interne du col ; hématomètre et hématosalpinx ; laparotomie, évacuation du sac et résection partielle de la trompe. Guérison (sans détails), par WYDER. (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 13, p. 428, 1er juillet.) — Carcinome primitif de la trompe. Ex-

tirpation. Mort en 2 jours, par Schede. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 508.) — Ablation de l'utérus pour cancer du conduit cervical ; pas de récidive depuis 9 ans 1/2, par Olshausen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 762, 18 août.) — Contribution à la question de l'extirpation vaginale de l'utérus cancéreux, par C. Zaiaitzky. (*St. Pétersbourg.*) — 25 cas d'excision totale de l'utérus par la voie vaginale, par N. N. Fénomenov. (*Wratch*, 45, 46, 47.) — De l'opération radicale du cancer utérin, par Kragelund. (*Hospit. Tidende*, n° 11.) — Indications de l'extirpation vaginale de l'utérus, par Frank. (*Zeit. f. Geburts.*, XX, 1.) — Hystérectomie sus-vaginale avec les ciseaux, par Milton. (*Lancet*, 29 novembre.) — Une amputation d'utérus et de ses annexes pendant la grossesse, par Lawson Tait. Note de J. Reeves Jackson (mère et enfants vivants). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 711, 4 août.)

V

Vaccin. — La vaccination dans l'armée, par Rozo. (*Rev. de sanidad milit.*, p. 86.) — La revaccination à Paris et en Belgique, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XXIV, 171. août.) — Sur la revaccination obligatoire dans les écoles de Paris, par Mangenot. (*Revue d'hyg.*, juillet et octobre.) — Les débuts de la vaccine à Amiens, par Munier. (*Gaz. méd. Picardie*, p. 39.) — Le fonctionnement du centre vaccinogène d'Alger depuis sa création mars 1889 jusqu'au 1er juin 1890, par Liron. (*Arch. de méd. milit.*, décembre. — Sur la puissance prophylactique de la vaccination, par V. Desguin. (*Bull. Soc. de méd. d'Anvers*, p. 195, septembre.) — Du point faible de la vaccination animale, par Pissin. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 octobre.) — Du nombre des piqûres indispensables à l'inoculation efficace du vaccin préventif, par Z. I. Wulfson. (*Roussk. Med.* 30 septembre.) — Résultats de la vaccination antivariolique en Bavière. (*Münch. med. Woch.*, n° 40.) — Recherches expérimentales sur la vaccine chez le veau, par Straus, Chambon et Ménard. (*Soc. de biol.* 20 décembre et *Acad. des Sc.* 22 décembre.) — Observations sur cette communication, par Chauveau. (*Ibid.*) — Discussion sur les éruptions vaccinales. (*Brit. med. Assoc., Brit. med. journ.*, 29 novembre.) — L'état actuel de la doctrine de l'immunité, par Ribbert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 690). — Étude sur les phénomènes de l'immunité et de la contagion, par Mc Laughlin. (*N. York med. record*, p. 29, juillet.)

Vagin. — Modifications anatomiques et cliniques de la muqueuse vaginale, par J. Neumann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 828.) — Thrombus pédiculé du vagin chez une femme enceinte de 8 mois, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Opération nouvelle pour le prolapsus de la paroi antérieure du vagin, par Currier. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 juillet.) — Myofibrome du vagin. Carcinome primitif du vagin, par M. Stumpf. (*Münch. med. Woch.*, 7 octobre.)

Variole. — Critique de l'observation de Hochsinger destinée à montrer l'identité de la varicelle et de la variole, par Lotz. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 novembre.) — Variole grave traitée par la médication éthérée opiacée ; avortement de l'éruption, par Mossé. (*Soc. de méd. Montpellier*, 10 décembre.)

Veine. — Des anastomoses entre la veine porte et le système cave, par Tischer. (*Med. News*, p. 475, 8 novembre.) — Disposition anormale des veines de l'espace poplité, par Davidson. (*Journ. of Anat.*, octobre.) — De la suture des veines, par Mayr. (In-8°. *Tubingue.*) — Hémorragie mortelle chez une femme enceinte par varices vulvaires. Opération césarienne post mortem, par Nahmmacher. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.)

Venin. — Piqûre de taon terminée par suppuration, par Pauthier. (*Journ. de méd. Paris*, 30 novembre.)

Vessie. — Vessie à capacité exceptionnelle chez un sujet polydipsique et polyurique, par Duponchel. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 novembre.) — Cause spéciale d'incontinence de l'urine chez la femme (membrane flottante empêchant la fermeture du sphincter), par Stuart Nairne. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 783, 25 août.) — Etiologie de la cystite aiguë, par Schnitzler. (*Cent. f. Bakter.*, VIII, 25.) — Injection d'extrait alcoolique de maté dans les plaies vésicales, par Zülzer. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 octobre.) — L'influence du traitement des cystites sur les pyélonéphrites comparée à celle du traitement de l'endométrite sur les salpingites, par Batuaud. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, octobre.) — Injections de pyoctanine dans la cystite, par Nencki. (*Gaz. lekarska*, n° 32.) — Fragment de sonde rompue extraite de la vessie, par Furstenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 novembre.) — 114 opérations de calculs vésicaux, par Morgan. (*Royal med. and chir. Soc.*, 25 novembre.) — Analyse de 964 cas d'opération de calculs de la vessie par la taille et la lithotritie, par Thompson. (*Med. chir. Transact.*, LXXIII, p. 219.) — Du traitement des calculs vésicaux chez la femme et en particulier de la dilatation du col de la vessie, par Phocas. (*Ann. de gyn.*, novembre.) — Fragments d'os extirpés de la vessie après une affection de la colonne datant de 7 ans, par Browne. (*London clin. Soc.*, 28 novembre.) — Du nombre des séances dans la lithotritie, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, décembre.) — 4 opérations de litholapaxie racontées par les médecins à qui elles ont été pratiquées, par Furstenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 776, 25 août.) — Taille pararaphéale chez un garçon de 14 ans, par Chavernac. (*Union méd.*, 13 septembre.) — Taille périnéale opposée à la taille sus-pubienne, par Walker. (*N. York med journ.*, 6 décembre.) — Nouvelle méthode de suture de la vessie dans la taille haute, par Thomson. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLI, 2.) — Deux cas de rupture de la vessie guéris par Rose. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er décembre.) — Perforation de la vessie et du rectum, par un pessaire de Zwanck, par Wyder. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 13, p. 428, 1er juillet.) — Cure radicale de hernie inguinale. Cystocèle méconnue. Ouverture de la vessie liée dans le pédicule, par Jacques-L. Reverdin. (*Revue méd. Suisse romande*, X, 698, novembre.) — Pyosalpingite avec perforation de la vessie, par Aug. Reverdin. (*Ibid.*, X, 691.) — Sur un nouveau procédé opératoire (Segond) applicable au traitement de l'exstrophie de la vessie, par Cros. (*Thèse de Lyon*). — De la cystopexie abdominale antérieure, par Terrier (Rapport sur des observations de Vlaccoz, Dumoret et Tuffier). (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 454 et 463.) — D'une altération particulière de la vessie, par Cavazzani. (*Sperimentale*, décembre.) — Deux cas de tumeurs de la vessie, par Rafin. (*Lyon méd.*, 21 décembre.) — Traitement chirurgical des tumeurs de la vessie (tableau de 176 cas réunis de 1874 à 1888), par Ph. Conner. (*Transact. of Amer. surg. Assoc.*, VIII, p. 21.) — Carcinome de la vessie, par Bangs. (*N. York surg. Soc.*, 12 novembre.) — Carcinome vésical, par Baumuller. (*Münch. med. Woch.*, 8, 2 décembre.) — Nouvel aspirateur

vésical, par WICKHAM. (*Bullet. Soc. de chir.*, XVI, p. 343.) — Résection partielle de la vessie, par SCHILLING. (*Münch. med. Woch.*, 21 octobre.)

Viande. — Sur les extraits de viande, par BALLAND. (*Acad. des Sc.*, 8 décembre.)

Vin. — Une méthode volumétrique pour déterminer la glycérine dans le vin, par OLIVERI et SPICA. (*Gaz. chim. ital.*, XX, 12.)

Vision. — Remarques sur les théories des sensations fondamentales des couleurs, par BERRY. (*London Opht. hosp. Rep.*, XIII, 1.)

Vitré. — Extraction avec l'aimant d'une esquille de fer du corps vitré ; bacilles de la panophthalmie provoquée par les corps étrangers, par HAAB et Mme POPLAWSKA. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, p. 558, 1er septembre.) — Hémorragie générale du corps vitré, ophtalmotomie antérieure, guérison, par ROLLAND. (*Bull. Soc. de chir.*, XVI, p. 566.)

Vomissement. — La créosote contre les vomissements, par PETER KAATZER. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 décembre.)

X

Xanthome. — Xanthome des diabétiques, par ROBINSON. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, XII, 1.)

Z

Zona. — Zona intercostal se compliquant d'altérations nerveuses à distance, par CARTIER. (*France méd.*, 5 décembre.)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE